2.

DIE OXALURIE

VOM STANDPUNKTE DES PRAKTISCHEN ARZTES.

VON

DR. GUSTAV BAAR,
PORTLAND, ORE, U. S. A.

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN
N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN
I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1908.

DIE CYSTOSKOPIE UND URETHROSKOPIE BEIM WEIBE.

Von

Dr. Richard Knorr in Berlin.

Mit 145 teils farbigen Textabbildungen, 2 farbigen und 1 schwarzen Tafel.

Preis: **8** M. = **9** K **60** h broschiert, **10** M. = **12** K gebunden.

Ein vorwiegend auf den Lernenden berechnetes Buch. Naturgemäß prävaliert der zystoskopische Teil — die Urethroskopie ist indes vom modernsten Standpunkt aus (bereits unter Berücksichtigung des Goldschmidtschen Instruments) dargestellt. Die Beschreibung der Blasenbeleuchtung, des Ureterenkatheterismus, aller übrigen diagnostischen und therapeutischen Eingriffe läßt keinen Wunsch unbefriedigt — kurz und klar, dabei immer mit löblicher Beschränkung auf das eigentliche Thema und ohne historischen oder polemischen Ballast wird das gesamte Gebiet in logischer Disposition erörtert. Knorrs Buch ist nicht bloß dem Gynäkologen zu empfehlen — auch wer beginnt, sich mit Urologie und Zystokopie eingehender zu befassen, wird hier einen praktischen Leitfaden finden.

(Posner in »Berlin. klin. Wochenschr.«)

NERVÖSE ANGSTZUSTÄNDE

UND IHRE

BEHANDLUNG.

Von

Dr. Wilhelm Stekel,
Spezialarzt für Psychotherapie in Wien.

Mit einem Vorwort von Prof. Dr. **Siegmund FREUD.**

Preis: **8** M. = **9** K **60** h broschiert, **10** M. = **12** K gebunden.

. . . Ich halte Stekels Buch für eine hochwichtige Erscheinung. Das Material, das er uns da bringt, ist ein sehr interessantes, mag man es deuten, wie man will. Ich glaube aber, daß er in der Hauptsache recht behalten wird, d. h. daß pathologische Angst und Sexualität in irgend einem nahen Zusammenhang stehen. . . — Wer psychologisch denken und beobachten kann, der lese das Buch, ohne Vorurteil, aber mit Kritik.

(»Münchn. Mediz. Wochenschr.«)

DIE OXALURIE

VOM STANDPUNKTE DES PRAKTISCHEN ARZTES.

VON

DR. GUSTAV BAAR,

PORTLAND, ORE, U. S. A.

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN
N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN
I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1908.

ALLE RECHTE VORBEHALTEN.

Published September 25, 1908. Privilege of copyright in the United States reserved under the Act approved March 3, 1905, by Urban & Schwarzenberg, Berlin.

Unter Oxalurie verstehe ich die über das Normale hinausgehende Ausscheidung der Oxalsäure durch den Harn. Als normal wurde von Fürbringer, Neubauer, Kisch etc. 20 *mg* pro Liter angegeben. Da die Neubauersche Methode für den praktischen Arzt eine zu umständliche, wenn auch viel genauere Methode ist, habe ich in etwas modifizierter Art die Benckesche Methode benutzt:

Ein im zentrifugierten frischen Harne erscheinender reichlicher Niederschlag von ausschließlich oxalsaurem Kalke wurde von mir als Oxalurie betrachtet. Ich gebe wohl zu, daß ein sehr reichlicher Oxalatgehalt des Harnes nach dieser Methode nicht erkannt wird, wenn das Oxal durch saures Natriumphosphat in Lösung bleibt; hat doch schon Modermam nachgewiesen, daß 1 *ccm* einer gesättigten Lösung von saurem phosphorsaurem Natrium einen Monat lang 0·0003 Oxalkalk in Lösung erhalten kann; daraus folgt, daß das Mikroskop allein nicht ausreicht, um stets die Gegenwart von Oxalsäure im Harne nachzuweisen. Wo es sich aber um voluminöse Sedimente handelt, die fast ausschließlich aus oxalsaurem Kalk bestehen, behalten meine Beobachtungen a priori ungeteilten Wert; denn schon Fürbringer meinte, daß ein gewisser Parallelismus in beiden Methoden — der mikroskopischen sowohl als der Neubauerschen quantitativen analytischen — der Oxalsäurebestimmung in jenen Fällen besteht, wo ein und derselbe Harn akute Veränderungen bezüglich der Oxalsäureausscheidung erleidet. Daran ändert die Behauptung von Kisch, I. Munk und J. Adler gar nichts, die da meinten, daß der bloße Befund von reichlichen Oxalatkristallen nicht zur Diagnose der pathologischen Oxalurie genügt, sondern daß hierzu eine genaue Quantitätsbestimmung der im Harne ausgeschiedenen Oxalsäure notwendig sei. Erhellt doch aus den 1896 von Kisch publizierten 34 Fällen, daß in allen Fällen, in denen er mehr als die schon von Fürbringer als normal bezeichnete Menge von 20 *mg* Oxalsäure pro Liter fand, auch Oxal im Sedimente vorhanden war, und zwar sehr reichlich und fast ausschließlich, wenn die quantitative Bestimmung der Oxalsäure mehr als 22 *mg* ergab.

Nur in den Fällen 4, 5 und 15, in denen die quantitative Analyse nur 5—8 *mg* Oxalsäure feststellte, fanden sich trotzdem Oxalatkristalle im Sediment, allerdings aber nur »wenig« in einem, »sehr

unbedeutend« oder »sehr gering« oder »gering« in den übrigen. Kisch behauptet, daß in einem Falle der Harn trotz des sehr reichen Gehaltes an Oxalsäure sich an Sediment arm erwies; ich konnte leider den Fall unter den von ihm publizierten 34 Fällen nicht herausfinden, denn alle Fälle, die bei ihm mehr als 22·8 *mg* Oxalsäure enthalten, zeigen auch im Sediment entweder »ausschließlich oxalsauren Kalk« (Fall 28) oder »viel oxalsauren Kalk« (Fall 29) oder »zum meisten Teil oxalsauren Kalk« (Fall 30) oder »ausschließlich oxalsauren Kalk« (Fall 31) oder »etwas oxalsauren Kalk« (Fall 32 — 38·5 *mg* Oxalsäure pro Liter).

Jedenfalls hat aber die quantitative Bestimmung der Oxalsäure in keinem einzigen seiner Fälle, in denen »reichliche oxalsaure Kalkkristalle« im Sediment gefunden wurden, weniger als 20 *mg* pro Liter ergeben, und daraus ziehe ich die Berechtigung, jene meiner Fälle, in denen sich reichlich oxalsaure Kalkkristalle im Sediment zeigten, als pathologische Oxalurie zu betrachten!

Beneke behauptet auf Grund von 100 darauf bezüglichen Untersuchungen auf das bestimmteste, daß man im normalen Urin vergeblich Kristalle von oxalsaurem Kalk suche! Alle Autoren stimmen darin überein, daß sich die Oxalsäure im Harn nur an Kalk gebunden vorfindet. Dieselbe erscheint in Form von schönen quadratischen Oktaedern (Briefkuvertformen) oder die letzteren sind so klein, daß sie als »eckige« Punkte erscheinen. Beinahe pathognostisch ist die Sanduhrform oder Dumbbellform Beales oder als Vorform dieses letzteren sind die kleinen braunroten Scheiben, die den roten Blutkörperchen sehr ähnlich sehen, zu betrachten (vide meinen Fall C 5). Auch in Formen von viereckigen Säulen mit an beiden Enden aufgesetzten Pyramiden (Prismen-Oktaedern) erscheint der oxalsaure Kalk.

Von den Kristallen des NaCl unterscheidet sich der Oxalatkristall dadurch, daß der Zusatz eines Tropfen Wassers die ersteren auflöst, nicht aber die Oxale, von Trippelphosphaten dadurch, daß der Zusatz eines Tropfens Acid. acet. die letzteren auflöst, nicht aber Oxalkalk.

Diese Kristalle treten aber nicht nur als Sediment des sauren Harnes auf, wie manche Lehrbücher behaupten; ich fand sie in 25 Fällen 35mal in frischem, alkalischem Harne, gleichzeitig oder abwechselnd mit Phosphaturie; ein Tropfen Acid. acet. löst die amorphen Phosphate auf, um die schönen Oktaeder herausleuchten zu lassen. Das spezifische Gewicht des Harnes dieser Oxale war gewöhnlich, aber nicht immer, hoch. Die Farbe war entweder hell bernstein oder dunkel, kurz kein physikalischer Charakter des Harnes schließt das Vorkommen vom oxalsaurem Kalk in Kristallform aus.

Ich stütze folgende Mitteilungen auf 2797 Harnanalysen, die ich bei 954 Patienten gemacht habe; oxalsaure Kalkkristalle wurden 347mal mehr oder weniger zahlreich bei 215 Patienten

gefunden, wie aus der beigefügten Tafel ersichtlich ist; als Oxalurie κατ' ἐξοχήν wurden aber nur jene Fälle von mir angesprochen, die konstant über 20 *mg* pro Liter Oxalsäure im frischen Urin ausschieden.

Ätiologie.

Beschuldigt wurden: 1. Die exzessive Einfuhr von Fleisch und Albuminaten. Die nächste Folge hiervon wäre die abnorm große Menge von Creatin und Harnsäure, ferner von Oxalursäure und Oxalsäure, welch letztere, da sie nicht in genügender Menge verbrannt, Veranlassung zur Oxalurie geben würde. Etwa nach folgendem Schema:

$$\text{Harnsäure} \begin{cases} \text{Harnstoff} \\ \text{Oxalursäure} \end{cases} \begin{cases} \text{Harnstoff} \\ \text{Oxalsäure} \end{cases} \begin{cases} CO_2 \\ H_2O \end{cases}$$

Nun gab Fürbringer 8 Versuchspersonen 2—6 *g* Ammon. urate pro die. In 4 Fällen zeigte sich gar kein Einfluß auf die Oxalsäureausscheidung, in 3 Fällen eine Zunahme und in einem Falle 1 Abnahme. Gaglio wies nach, daß Oxalsäure im Organismus überhaupt keine Oxydation erfahre.

2. Exzessive Einfuhr von Kohlehydraten, das ist Zucker, Stärke und Dextrin. Die Bedeutung des Zuckers für die Produktion der Oxalsäure glaubt Burggrave an Hunden dadurch nachgewiesen zu haben, daß diese, wenn bloß mit Fleisch genährt, im Urin keine Oxalsäure zeigten, jedoch ansehnliche Mengen von Oxalsäure im Urin hatten, wenn ihrer Fleischkost eine ansehnliche Menge Zucker zugesetzt wurde.

Kühne war imstande, durch langsame Oxydation des Zuckers mit Salpetersäure Oxalsäure zu erzeugen und Arnoldo Cantani publizierte 1880 20 Fälle, die er zum großen Teil klinisch genau beobachtete, die auch alle dieselben Symptome der Oxalurie zeigten wie meine Fälle. Doch behauptet Cantani, daß in allen seinen Fällen jene Symptome nur bei gemischter Kost auftraten, sich bei mehl- und zuckerhaltiger Kost vermehrten und erst bei exklusiver Fleischdiät verschwanden. Ja, er geht sogar so weit, zu behaupten, daß seine Patienten, wenn sie nur 3 Monate lang auf exklusiver Fleischdiät gehalten wurden, die Oxalurie verloren, die nachher selbst bei gemischter Kost nicht wiederkam. In manchen seiner Fälle waren die Symptome namentlich im Stadium der Absorption einer größeren Mahlzeit ausgesprochen (gemischt natürlich), also 4—6 Stunden nach derselben. Dies würde mit den Angaben Primaveras übereinstimmen, der die meisten oxalsauren Salze 4—6 Stunden nach der Mahlzeit im Urin vorfand. Wenn aber Süßigkeiten, wie Cantani meint, Oxalsäureausscheidung bewirken, warum haben Kinder, die doch sehr viel Süßigkeiten essen, so selten Oxalurie? Unter 954 Patienten nur einmal beobachtet (M. 5).

3. Eine gestörte Oxydation, die eine Verbrennung der im Organismus aus der Harnsäure gebildeten Oxalsäure verhindern soll. Dann müßten alle Zustände einer gestörten Oxydation, wie es ja die Fälle von Dyspnoe bei Lungen- und Herzkrankheiten oder die Fettansätze bei Anämie sind, vermehrte Oxalsäureausscheidung veranlassen.

Fürbringer fand in zwei Fällen — einem Phthisiker in dessen drei letzten dispnoeischen Lebenstagen und einem hydropischen Herzkranken — keinen Einfluß auf die Oxalsäureausscheidung. Auch Cantani hat niemals abnormale Mengen oxalsauren Kalkes im Urin von höchstgradigen Dyspnoeischen gefunden, trotzdem in seiner Klinik der Urin fast aller Kranken täglich untersucht wurde.

Auch meine Fälle von Dyspnoe bei Lungen- und Herzkranken, sowie von verminderter Oxydation bei Anämie zeigen keinen Einfluß auf die Oxalsäureausscheidung. An 23 Patienten, die in den verschiedensten Stadien der Lungentuberkulose waren, machte ich 39 Urinanalysen und fand nur neunmal oxalsauren Kalk in 4 Fällen, also akzidentelle Oxalurie, nicht pathologische. Unter 52 Fällen, die an teils kompensiertem, teils insuffizientem Vitium cordis litten, machte ich 126 Harnanalysen und fand 13mal oxalsauren Kalk (bei 10 Patienten).

An 13 Fällen einfacher Anämie machte ich 23 Harnanalysen und fand nur einmal Oxalsäure bei einem Patienten; an 9 Fällen schwerer Anämie machte ich 22 Harnanalysen und fand nur einmal Oxalsäure in einem Fall.

4. Exzessive Einfuhr von CO_2 in den Organismus (kohlensaures Wasser, Bier, Champagner), vegetabilischer Salze (Zitronensäure, Weinsäure etc., von Trauben, Obst, Limonade etc. herrührend, durch Kölliker und Müller. Nun machte aber Fürbringer 10 Versuche, in welchen er 5—15 *g* Natrium bic. einführte und nachher in 7 Fällen davon Verminderung der Oxalsäureausfuhr, in 3 Fällen keine Veränderung derselben konstatierte; sicher aber war in keinem dieser Versuche eine Erhöhung der Oxalsäureausfuhr, wie sie Lehmann behauptet, zu sehen.

5. Die Einfuhr von oxalsäurehaltigen Vegetabilien: Rheum, roten Rüben, Möhren, Spargel, Spinat, Blumenkohl, Petersilie, Äpfel, Apfelsinen, Trauben (medikamentös: Gentiana, Valeriana, Squilla, Cassia, Sambucus etc.). Schon Buchheim und Piotrowski konstatierten, daß bei innerer Darreichung von Oxalsäure, freier sowohl als auch an Na oder K gebunden, ein Teil derselben im Harn wiedergefunden wird. Neidert erzählt von einem Patienten mit nervösen Erscheinungen und rapidem Kräfteverfall, der von Diabetes-Vater abstammte und bei dem er schließlich Oxalurie als Ursache aller Erscheinungen beschuldigt. Während nämlich ein gesundes Individuum 20 *mg* Oxalsäure im Liter ausscheidet, schied sein Patient (die Methode der Bestimmung ist nicht angegeben) 200 *mg* aus, während ein gesundes Individuum in oxalsäurereichen Pflanzen-

stoffen und einer großen Menge Fleisch ca. 100 *mg* Oxalsäure aufnahm und darnach nur 60—70 *mg* Oxalsäure ausschied — dies in Übereinstimmung mit den von Buchheim und Piotrowski gemachten Erfahrungen — schied der besprochene Patient bei der gleichen Nahrung nebst den ursprünglichen 200 *mg* noch weitere 500 *mg* Oxalsäure aus (auch hier die Methode der quantitativen Bestimmung nicht angegeben). Daraus schließt Neidert, daß bei seinem Kranken nicht nur die eingeführte Oxalsäure unverändert ausgeschieden wird, sondern es wird noch aus seinem Körpereiweiß Oxalsäure in abnorm großen Mengen abgespalten und ausgeschieden. (Siehe unten Analogie mit Diabetes.)

Meine Erfahrungen sprechen gewiß gegen die ätiologische Bedeutung von oxalsäurereichen Vegetabilien auf die Ausscheidung von Oxalsäure durch den Harn, wenn man nur bedenkt, daß die 3000 Harne, die ich auf Oxalsäure untersucht habe, von Patienten stammen, die alle in Oregon, einem bedeutenden Fruchtlande, leben, und daß ich von 954 Patienten bei 215 Oxalurie gefunden habe, und unter diesen eigentlich nur 30 Patienten konstant Oxalsäureausscheidung zeigten, also im ganzen 3·14%. Ich habe vielen meiner Oxaluriker, die namentlich über rheumatische Muskelbeschwerden klagten, die von Cantani bereits vorgeschriebene Diät gegeben, ohne aber ein Verschwinden der Oxalsäure zu bemerken. Auf der anderen Seite erlaubte ich ihnen, nach einiger Zeit wieder Süßigkeiten, Obst etc. zu essen, ohne aber eine Vermehrung der Oxalsäure im Urin zu konstatieren.

Von der immensen Fruchtproduktion dieses Landes kann man sich wohl eine Vorstellung machen, wenn man bedenkt, daß der Staat, der nicht ganz $^3/_4$ Millionen Einwohner besitzt, das letzte Jahr produzierte: 1,082.200 Kisten Äpfel, 25,450.000 Pfund getrocknete Pflaumen, 4.185 Tonnen Zwetschken, 247.760 Kisten Birnen, 445.870 Kisten Pfirsiche, 5,459.000 Kisten Kirschen, 9500 Kisten Aprikosen, 6,980.000 Kisten Erdbeeren, 2,150.000 Kisten Heidelbeeren, 1,450.000 Kisten Himbeeren, 1,140.000 Kisten Brombeeren, 370.000 Kisten Preißelbeeren, 375.000 Kisten Stachelbeeren und 3,945.000 Kisten Trauben.

Wenn Genuß von Süßigkeiten und Früchten Oxalsäure im Urin zur Folge haben sollte, warum habe ich meine meisten Fälle von Oxalsäureausscheidung in den Monaten März, April, Mai, Juni und Juli beobachtet, nicht aber in den Monaten August bis Oktober, in denen die meisten Früchte bei uns genossen werden?

Außerdem habe ich meinen Oxalurikern stets die von Cantani vorgeschriebene Diät gegeben, ohne aber jenes prompte Ausbleiben der Oxalsäure zu bemerken, welches Cantani behauptet hat, wie aus den beigefügten Krankengeschichten ersichtlich ist. Meine rein empirischen Beobachtungen finden eine wissenschaftliche Stütze in der von Dr. M. Abeles publizierten Arbeit über alimentäre Oxalurie (Wiener klinische Wochenschrift, 1892, Nr. 19 u. 20).

Abeles machte genaue Experimente im chemischen Laboratorium des Professors Dr. E. Ludwig in Wien über die Ausscheidung von Kalkoxalatkristallen durch den Harn als direkte Folge der mit gewissen Speisen und Getränken eingeführten Oxalsäure oder deren Salzen und kam zu dem Resultat, daß es eine alimentäre Oxalurie, also eine Ausscheidung von Oxalsäure nach Genuß unserer gewöhnlichen oxalsäurehaltigen Nahrungs- und Genußmittel gar nicht gibt, daß der mit der Nahrung eingeführte oxalsaure Kalk als unlöslicher Körper für den Organismus indifferent ist, daß die löslichen Oxalsalze unserer Nahrung sich aller Wahrscheinlichkeit nach im Verdauungskanale zu Kalksalzen umsetzen, daß es zur Erzeugung von Oxalurie einer größeren Menge löslicher Oxalsalze bedarf, als in unseren Nahrungsmitteln enthalten ist, daß also kein Grund vorliegt, den an Oxalurie oder Erkrankung der Nieren und der Herzwege Leidenden unsere Nahrungs- und Genußmittel, die Oxalsäure enthalten, zu entziehen. Untersucht wurden von ihm: Spinat, Sauerampfer, Spargel, Karotten, Tomaten, Tee (von welch letzterem schon Essbach im Bull. général de Thérapie 1882 nachwies, daß er 3·75 pro mille Oxalsäure enthält) und Kakao (enthält nach Essbach 4·5 pro mille Oxalsäure).

6. Kalkwasser; Duckworth und Leared meinten, daß dies Oxalurie verursache; doch bewies Fürbringer durch sieben Versuche, in denen er bis zu 300*g* Aqu. Calcis trinken ließ, ohne in einem einzigen dieser Fälle eine Vermehrung der Oxalsäureausfuhr konstatieren zu können, die Unrichtigkeit der Behauptung.

7. Diabetes und Ikterus sind nach Fürbringer sehr oft mit einer die Norm bei weitem überschreitenden Oxalsäureausscheidung verbunden. Cantani hält es für eine Tatsache, daß bei Diabetes in der Rekonvaleszenz sehr oft Oxalurie auftritt und erklärt dieselbe dadurch, daß bei Diabetes, der schweren Stoffwechselstörung, der Zucker gar nicht oxydiert wird, während bei Oxalurie der Zucker wenigstens bis zur Stufe der Oxalsäure oxydiert wird. Auf diese Weise erklärte Cantani auch den Fall Fürbringers, in welchem die Oxalsäurebildung zunahm, sobald der Zucker im Urin sich verminderte.

Unter meinen 19 Fällen von Diabetes mellitus, bei denen ich 108 Harnanalysen gemacht habe, fand ich Oxalsäure nur bei sechs Patienten; von diesen sechs zeigten nur zwei eine dauernde Ausscheidung von oxalsaurem Kalk (vide J. 1 und J. 2) und aus diesen zweien ist durchaus nicht ersichtlich, daß die Ausscheidung von oxalsaurem Kalk in irgend einem relativen Verhältnis zur Ausscheidung von Zucker steht; denn der Harn derselben Person enthält oft ausschließlich einen sehr voluminösen Niederschlag von Oxalsäure sowohl bei totaler Zuckerabwesenheit als auch bei hohem Zuckergehalt, andrerseits beweisen auch die anderen Fälle von Diabetes, die ich auf Oxalsäure untersuchte,

ohne auch nur 1 Kristall zu finden, daß ein solcher Zusammenhang zwischen Zucker und Oxalsäureausscheidung nicht besteht.

Aus meinen Fällen J. 1 und J. 2 geht ferner hervor, daß diese zwei Patienten, trotzdem sie auf absoluter Fleischfettdiät gehalten wurden und ihnen also gar kein Kohlenhydrat zugeführt wurde, doch Oxalsäure massenhaft ausschieden. Hätte aber die Oxalsäurebildung im Organismus irgend einen Zusammenhang mit der Einfuhr von Kohlehydraten, dann wäre wohl ein anderes Resultat zu erwarten gewesen.

O. Schultzen erklärt die bei Ikterus auftretende Oxalurie auf Grund einer bedeutenden Verlangsamung des Stoffwechsels, infolge derer die Kohlehydrate nur unvollständig verbrannt werden und auf der Stufe der Oxalsäure stehen bleiben.

Meine bei Ikterus gemachten Harnanalysen zeigen: Von 10 Fällen von Icterus catarrhalis mit 27 Harnuntersuchungen nur 2 Patienten mit je einmal Oxalurie. Von 10 Fällen von Cholelithiasis mit Ikterus fand ich in 29 Harnanalysen nur 4mal Kalkoxalate (3 Fälle). Von 8 Fällen von Leberzirrhose mit 16 Untersuchungen fand ich 3mal Oxalsäure (3 Fälle). Von 4 Fällen von Leberkarzinom fand ich bei 9 Harnuntersuchungen nur 3mal Oxalsäure (2 Fälle); also in toto von 32 Fällen mit 171 Harnuntersuchungen nur 12mal akzidentelle Oxalsäure (verteilt auf 10 Patienten).

Ich kann mich mithin der Ansicht Schultzens nicht anschließen.

8. Blasenkatarrh: Hoppe-Seyler behauptet, daß bei diesem Oxalate sich infolge des katarrhalischen Schleimes ebenso niederschlagen können als bei Anwesenheit von Sperma im Nachtgeschirr. Cantani gibt diese Behauptung zu, bemerkt aber gleichzeitig, daß dies eine Oxalsäurebildung **außerhalb** des lebenden Organismus wäre.

Meine bei Zystitis gemachten Harnuntersuchungen zeigen: Unter 37 Fällen von Zystitis des verschiedensten Ursprunges (tuberkulös, gonorrhoisch, bakteriell) mit 183 Harnuntersuchungen nur 3mal akzidentelle Oxalurie (auf 3 Fälle verteilt). Unter 4 Fällen von Pyelozystitis mit 54 Harnanalysen kein einziger Fall mit Oxalurie. Unter 6 Fällen von Tuberkulose der Nieren mit 40 Untersuchungen kein einziger Oxalsäurebefund!

Also in einem Totum von 277 Harnanalysen bei 47 Patienten, die alle gewiß bedeutenden Schleim in der Blase aufwiesen, nur 3mal Oxalurie (auf 3 Patienten verteilt). Ich kann mich daher Hoppe-Seyler nicht anschließen.

Was die Bildung der Oxalsäure außerhalb des menschlichen Organismus anbelangt, so will ich bemerken, daß ich in 22 Fällen in einem Urin, der frisch gelassen im Sediment kein oxalsaures Sediment zeigte, nach 24—72stündigem Stehen, mit oder ohne Zersetzung des Urins, Oxalatbildung beobachtet habe, ohne aber dies als Oxalurie anzusprechen. Nebenbei will ich bemerken, daß ich oft im frischen Harnsediment nur ein »geringes« Sediment vor-

fand, das aber nach 24stündigem Stehen »reichlich« und »sehr reichlich« wurde.

9. Autointoxikation. An dies glaubt De Dominicis, der bei Hunden, denen die Glandul. thyr. exstirpiert wurde oder deren Nieren sich in einem abnormen Reizungszustande befanden, eine gesteigerte Ausscheidung von oxalsaurem Kalk im Harne fand. Hierher dürften meine Basedow- und Influenzafälle (K. 1 u. 3) gehören, die ein sehr voluminöses, ausschließlich aus Oxal bestehendes Sediment aufwiesen.

Ob die bei Ca. vorkommende Kachexie zu Oxalsäurebildung Veranlassung geben kann, zeigt ein Fall von Ca. pancreatis, der zur Operation kam, im Harn aber trotz rapiden Kräfteverfalles mit ungeheurem Gewichtsverlust kein Oxal zeigte. Ferner sechs Fälle von Ca. ventriculi mit 9 Harnanalysen, ohne ein einzigesmal Oxalsäureausscheidung zu zeigen. Einen Fall von Ca. oesoph. mit einer Harnanalyse (»bedeutendes Oxalatsediment«) und einen Fall von Ca. mammae mit 6 Harnuntersuchungen, aber »nur einmal bedeutendem Oxalatsediment« möchte ich durch die jedesmal der Urinentleerung vorangegangenen Anfälle von Angst der armen Patientin über ihre furchtbare Krankheit erklären. Die vier Fälle von Ca. hepat. mit 9 Harnanalysen, darunter 3mal Oxalsäure bei zwei Patienten und einen Fall von Ca. recti mit 2 Harnanalysen, jedesmal reichliche Oxalsäureausscheidung zeigend, konnte ich mir nicht erklären.

Ob Nierenerkrankung jene Stoffwechselveränderungen hervorbringen, welche zur Oxalsäureausscheidung führen, zeigen die 47 Fälle von chronischer Nephritis mit 166 Harnanalysen, bei denen ich 10mal Oxalsäureausscheidung, auf 7 Fälle verteilt, gefunden habe; ferner 7 Fälle akuter Nephritis mit 19 Harnanalysen, unter denen nur 1 Fall 1mal Oxalsäure zeigte; 5 Fälle von Urämie mit 12 Harnuntersuchungen, ohne ein einzigesmal oxalsaures Sediment zu zeigen.

De Dominicis behauptet jedoch, daß bei jeder Krankheit, welche eine Ernährungsstörung der Gewebe herbeiführt, Oxalurie auftreten kann und betrachtet letztere eigentlich nur als Symptom jener allgemeinen Störung, die sich besonders im Auftreten nervöser Symptome manifestiert und unter den modernen Begriff der Neurasthenie subsumiert werden könnte.

Mit dieser Ansicht stimmen aber auch meine Befunde an 171 Neurasthenikern mit ausgesprochen neurasthenischen Symptomen sicherlich nicht überein, die unter 515 Harnuntersuchungen nur 18mal Oxalsäure aufwiesen (verteilt auf 15 Fälle).

10. Daß Salizyldarreichung, trotzdem von einigen Seiten so behauptet wurde, keine Oxalsäure im Harn erscheinen lasse, beweisen viele meiner Fälle, in denen ich die Salolprobe für andere Zwecke machte und trotz Gegenwart von Salizyl im Harn niemals Oxalsäure vorfand.

Ich betrachte die Oxalurie als eine Stoffwechselerkrankung, deren auffälligstes, wenngleich nicht alleiniges Symptom die Aus-

scheidung von Oxalsäure durch den Harn darstellt, gerade wie die Zuckerausscheidung beim Diabetes durchaus nicht das einzige Symptom eines Diabetes ist. Die Analogie mit dem Diabetes könnte bis in das Detail getrieben werden: Die Störung der Digestionsorgane, die Neuralgien, Parästhesien, rheumatische Muskelschmerzen, Impotenzzustände, geistige Depressionszustände, lähmungsartige Schwäche in den unteren Extremitäten etc. Die Tatsache, daß bei vielen hierzu disponierten, namentlich neurasthenischen Personen, auf psychische Exzitationen allein, Oxalsäure im Harn gefunden wird, korrespondiert sehr mit der transitorischen Melliturie, die infolge fehlerhafter Innervation, Gehirnträumen, psychischen Erregungszuständen etc. auftritt. Diese akzidentelle oder transitorische Oxalurie (vide Gruppe M.) ist von der Oxalurie κατ' ἐξοχήν dadurch unterschieden, daß sie — so wie die transitorische Glykosurie — den allgemeinen Zustand des Patienten nicht beeinflußt und bei verschiedenen Krankheiten vorkommen kann.

Eine solche transitorische Oxalurie beruht auf einer nervösen Störung des Stoffwechsels und findet ihre Analogie in der transitorischen Vermehrung der Zuckerausscheidung bei Diabetes oder der transitorischen Phosphaturie bei Neurasthenie, nach psychischem Shock (Ärger, Gram, Kummer, geistige Überanstrengung, Furcht).

So habe ich in 57 Fällen ausgesprochener zerebraler Neurasthenie 185mal den Harn auf Oxalate untersucht und darunter 80mal mehr oder weniger Kalkoxalate gefunden. Ich beobachtete, daß bei hierzu disponierten Neurasthenikern Oxalate im Harn nach psychischen Emotionen erschienen: bei einem Fall von Agoraphobia fand ich Oxalate nach Besuch eines Theaters, nach einer Wagenfahrt, da die Patientin schon seit vielen Jahren kein Theater mehr besucht hatte und auch aus Furcht vor Beklemmungszuständen in keinem Straßenwagen gefahren war. Bei derselben Patientin fand ich die Oxalate nach jeder psychischen Aufregung. Ich machte 11 Harnanalysen und fand darunter 5mal Oxalate und jedesmal konnte deren Ausscheidung einer psychischen Emotion zugeschrieben werden. Bei einem Italiener, der die Ankunft seiner Frau aus Europa erwartete und in der Angst lebte, Syphilis kontrahiert zu haben, fand ich unter 7 Harnanalysen 2mal Oxal, jedesmal nach jenen Angstzuständen. Da die Ernährungsweise dieser Neurastheniker stets dieselbe blieb, konnte ich die Oxalsäureausscheidung gewiß nicht der Einführung von besonderen Nahrungsmitteln zusprechen. Eine solche akzidentelle Oxalurie fand ich unter 171 Fällen von sexueller, vasomotorischer und spinaler Neurasthenie, bei der ich 515 Harnanalysen machte, 18mal nach psychischen Aufregungen.

Mit dieser Beobachtung stimmt auch eine Beobachtung David Edsalls (Philadelphia) überein, der in einem Aufsatze über den Einfluß von Stoffwechselstudien auf klinische Medizin (Archives of internal medicin) bemerkte, daß er einige sehr eigentümliche

Beispiele einer nahen Verwandtschaft zwischen oxalsaurem Sediment und klinischen Symptomen beobachtet habe, wie z. B. eine Manie in der Rekonvaleszenz nach Pneumonie: Während der Dauer der ersteren zeigte der Urin massenhaft Oxalate, nicht aber vor dem Ausbruche und nicht nach Ablauf derselben. Er betrachtet die Oxalate nur als einen Fingerzeig, daß etwas im Körper nicht recht sei, sicherlich wären sie nicht ein Beweis einer oxalsauren Vergiftung und gewöhnlich auch nicht ein Beweis für eine Steigerung der im Urin ausgeschiedenen Oxalatmenge (??).

Daß aber Oxalurie unter den Begriff der Neurasthenie nicht subsumiert werden darf, beweisen die zahlreichen Fälle reiner Neurasthenie und auch die Übergangsformen zu verschiedenen Geisteskrankheiten (Gruppe N.), in denen trotz wiederholter Harnuntersuchungen keine Oxal. nachzuweisen war.

Daß die Vermehrung der Oxalsäure im Urin ganz allein von der Nichtverbrennung der im Organismus gebildeten Oxalsäure abhängt, wie schon Cantani behauptete, beweisen auch meine Fälle, in welchen sich die Patienten nach bedeutenden Muskelübungen immer besser fühlten und keine Oxalsäure im Harn aufwiesen, analog dem Geringerwerden des Zuckergehaltes des Harnes jener Diabetiker, die Gymnastik betreiben.

Die Ansichten über das Wesen der Oxalurie sind so verschieden, die Theorien einander so widersprechend, daß sie schon hierdurch allein das Recht, in das Gebiet der Stoffwechselkrankheiten gerechnet zu werden, erlangt haben sollte. Da es derzeit mir unmöglich erscheint, eine allgemein gültige Theorie aufzustellen, will ich nur das Resultat meiner klinischen Beobachtungen wiedergeben und mich in theoretische Spekulationen nicht weiter einlassen.

Solche Tatsachen haben leider das Mißliche an sich, daß sie »trocken« erscheinen, da sie nicht von einem medizinischen Poeten, sondern von einem beschäftigten, praktischen Arzte gegeben werden, der sie nicht mit einem gemütvoll gefalteten, höchst individuell gefärbten Schleier umgeben hat (vide beigelegte Tafeln).

Symptome.

Jene mit konstanter Oxalsäureausscheidung behafteten Patienten zeigen auch zahlreiche andere, klinische Symptome; man könnte die letzteren einteilen: in *A)* zerebrale, *B)* spinale, periphere, *C)* muskuläre, *D)* arthritische, *E)* urogenitale, *F)* renale, *H)* gastrointestinale und *O)* vasomotorische.

Unter den zerebralen Symptomen waren namentlich hervorragend das »Schwindelgefühl«: Die Patienten fühlten sich entweder wie betrunken, wurden ganz verwirrt und wußten nicht, was sie sprachen; mußten sich anhalten, um nicht umzufallen. Beim Gehen auf der Straße fühlten sie ein »Wogen«. Sie fühlten sich die ganze Zeit »dösig« im Kopfe; sehr oft litten sie auch an Kopf-

schmerzen, namentlich in der Stirne oder im Nacken; auch Ohrensausen war ein häufiges Symptom. Oft litten die Patienten auch an Schlaflosigkeit, konnten ihre Aufmerksamkeit nicht konzentrieren, nicht angestrengt geistig arbeiten, ohne schnell müde zu werden; wurden auch leicht vergeßlich.

Unter den spinalen (peripheren) Symptomen waren namentlich die Parästhesien hervorragend: Die Patienten klagten über Kribbelgefühl in den Beinen, entlang der Schienbeine, um die Patella herum, in die Sohlen ausstrahlend, so auch in den Fingern. Jede geringe Zirkulationsstörung in den Extremitäten brachte dieselben Parästhesien hervor: Das bloße Herabhängen der Beine, während der Patient auf dem Sessel saß, war genügend, um ein »Eingeschlafensein« oder ein Taubheitsgefühl der Beine hervorzubringen; so verursachte auch das Herabhängen des Armes jenes prickelnde Gefühl in den Fingerspitzen. Das Beugen der im Kniegelenk gestreckten Beine verursachte oft Schmerzen in den Ischiadici. Eine wahre, schmerzhafte Ischias mit gleichzeitiger konstanter Ausscheidung von oxalsaurem Kalk ist Fall B. 4. Unter 9 Fällen von Ischias mit 16 Harnanalysen fand ich bei 6 Fällen 8mal Oxalurie!! Auch Okzipitalneuralgien wurden beobachtet. (Ätiologie: Schmerz?)

Unter den Muskelaffektionen waren es namentlich die rheumatischen Schmerzen in den Lendengegenden, einerseits oder beiderseits. Auch in den Nackenmuskeln, besonders in den Kopfansätzen derselben, so auch in den Armmuskeln. Das rheumatische Ziehen wurde auch in die Zwischenschultermuskeln oder in das Kreuzbein verlegt, ausstrahlend in die Beinmuskeln; oder in die Interkostalmuskeln und in die Bauchmuskeln verlegt. Einige der Patienten dieser Gruppe sowohl als auch der vorher erwähnten Gruppe mit Parästhesien behaupteten, daß sie weniger Schmerzen hätten, wenn sie einen Diarrhöeanfall bekämen (mit welchem, wie sie meinten, gewisse Stoffe aus dem Körper entfernt zu werden schienen, die jene Schmerzen verursachten) oder wenn sie viel herumliefen und Muskelübungen machten.

Unter den arthritischen Fällen war ein Fall einer akuten Tendovaginitis über dem rechten Metatarsophalangealgelenk bei einem 74 Jahre alten Mann; dieser war um so mehr bemerkenswert, als es der einzige Fall von Oxalsäureausscheidung bei einem über 70 Jahre alten Patienten war. Bei Kindern habe ich mit Ausnahme eines Falles eines 10jährigen Mädchens (M. 5) niemals oxalsauren Kalk im Sediment beobachtet.

Unter 23 bei 9 Arthritikern gemachten Harnanalysen fand ich nur 3mal Oxalsäure (bei einer früheren Morphinistin).

Unter den urogenitalen Begleitsymptomen der Oxalurie war das häufigste die Impotentia: Die Patienten hatten entweder überhaupt keine Libido, auch keine Erektionen oder sie hatten Ejaculatio praematura. Sehr oft klagten sie über häufigen Urindrang, dem sie sofort nachgeben mußten, um das Naßwerden der Hosen zu verhüten oder über Schmerzen entlang der Funiculi spermatici in den

Hoden ausstrahlend oder über eigentümliche brennende Sensation in der Blase und entlang der Harnröhre. Ein sehr häufiges Begleitsymptom dieser Fälle war auch Spermatorrhöe. Daß es sich in diesen Fällen wirklich um Symptome der Oxalurie, nicht um einfache sexuelle Neurasthenie handelt, beweisen die zahlreichen Fälle ausgesprochener sexueller Neurasthenie, die ich zu wiederholten Malen auf Oxalsäureausscheidung untersuchte, ohne je Oxalsäure gefunden zu haben. Ein Beispiel hierfür ist Fall G. 1, bei dem ich unter 17 Urinuntersuchungen nur 2mal Oxalsäure gefunden habe, und zwar erst nach 48 Stunden in einem zersetzten Urin, nicht aber in einem frischgelassenen. Solche Fälle können daher nicht als Oxalurie angesprochen werden, da es sich doch um eine Oxalsäurebildung außerhalb des lebenden Organismus handelt! Nebenbei sei bemerkt, daß ich die Sanduhrformen der Oxalatkristalle niemals in einem nach längerem Stehen des Urins gebildeten Niederschlag bemerken konnte. Dies spricht wohl für die Behauptung Beales, daß die Dumbbelform pathognostisch für Oxalurie κατ' ἐξοχήν sei.

Diese Befunde stehen im Gegensatz zu der Behauptung Krafft-Ebings (Nothnagels spez. Pathol. und Therapie, p. 115), nach welcher die Oxalurie besonders bei sexueller Neurasthenie häufig wäre und oft mit Phosphaturie alterniere (Peyer). Daß Oxalurie sehr oft mit Phosphaturie abwechselt, ja in demselben Urin zu konstatieren ist, zeigt unter vielen anderen auch Fall O. 1. Massenhaft Oxalatkristalle in einem phosphathaltigen Urin beweisen, daß das saure Natr. phosph. sicherlich nicht stets imstande ist, die Oxalsäure in Lösung zu halten.

Unter den renalen Symptomen waren besonders bemerkenswerte Schmerzen in der Nierenseite, namentlich der rechten, ausstrahlend entlang dem rechten Ureter, mit Brennen in der Urethra. Manchmal erschienen einige Tage vor einem solchen Anfall Schmerzen im entsprechenden Skrotum. Beim Heben waren auch bedeutende Schmerzen in der Nierengegend oder die Kranken gaben in der Anamnese einige schon früher überstandene Nephrolithiasisanfälle zu. Sie klagten auch über »stoßweise Schmerzen im Gesäß«, die unter der rechten Rippe anfingen und entlang dem rechten Ureter in den Penis ausstrahlten oder über rheumatische Schmerzen in der Außenseite des entsprechenden Oberschenkels. Besonders bemerkenswert in dieser Richtung war Fall F. 1, in welchem der kurz vor der Nierenkatheterisation entleerte Urin aus der Blase sauer war und massenhaft Oxalatkristalle aufwies, während der kurz nachher aus beiden Nieren geholte Urin nur amorphe Niederschläge von Phosphaten sehen ließ. — Eine Erklärung dieser Erscheinungen überlasse ich dem kritischen Leser. — Ich will hier gleichzeitig bemerken, daß unter 4 Fällen von klassisch »nervöser Reizblase«, bei der ich zystokopisch nichts Abnormes vorfinden konnte, unter 34 Harnanalysen kein einzigesmal Oxalsäure gefunden wurde.

Unter den gastrointestinalen Symptomen seien erwähnt: belegte Zunge, übler Geschmack im Munde oder Foetor ex ore, Appetitmangel, Anfälle von Unbehagen, Brechreiz, Völle und Druck im Epigastrium, 3—4 Stunden nach der Mahlzeit auftretend, in Anfällen von 1—4 Wochen, oder unmittelbar nach der Mahlzeit, ein flüssiger unter Kollern, aber ohne Schmerzen entleerter Stuhl, Diarrhöe und Konstipation oft abwechselnd, Gasbildung im Magen etc. Einer dieser Patienten (H. 1) zeigte einen hellichtgelben, geformten, sehr übelriechenden Stuhl und nebst 14mal vorgefundenen mäßig zahlreichen oder zahlreichen Oxalsedimenten stets bedeutende Mengen von Indikan. Ich will gleich hier bemerken, daß ich mit Oxalsäureausscheidung sehr oft Indikan in bedeutenden Mengen im Urin fand, würde aber daraus durchaus nicht den Schluß ziehen (wie es Kisch tat), daß die Stoffwechselstörung, deren eines Symptom Oxalurie ist, ihren Grund in Störungen des Nervensystems und der Digestionsorgane hat oder wie De Dominicis behauptet, daß die Oxalurie auf Kosten einer unvollkommenen Verdauung zu setzen sei, bei welcher intermediäre Stoffe entstehen, deren Resorption einerseits den Chemismus der Gewebe schädigt und zur Oxalsäurebildung führt, andrerseits das Nervensystem alteriert; ja, De Dominicis behauptet, daß jene Momente, welche direkt oder indirekt zu Störungen der Ernährung führen, wie Dyspepsien, Magenkatarrhe mit Dilatation oder Atonie die häufigsten Ursachen der Oxalurie seien, indem bei diesen Krankheiten eigenartige toxische Substanzen entstehen, welche auf die allgemeine Ernährung wirken. Er geht so weit, zu behaupten, daß bei jeder Krankheit, welche eine Ernährungsstörung der Gewebe herbeiführt, Oxalurie auftreten könnte (Epilepsie, Geisteskrankheiten, Neurosen etc.). Wie wären aber dann jene meiner Oxalurieanfälle zu erklären, bei denen weder Nerven- noch Digestionsstörungen vorhanden waren, bei denen nur rheumatische Beschwerden vorlagen?

Warum zeigten dann meine 17 Fälle von Indikanurie, bei denen ich 120 Harnanalysen machte und 80mal Indikan in bedeutenden Quantitäten fand, nur 6mal (bei 2 Fällen) Oxalurie, wovon 5 Oxalsedimente auf einen Oxaluriker mit Indikanurie entfallen?

Warum zeigten dann meine 28 Fälle von Colitis mucosa mit 59 Harnanalysen nur 7mal Oxalsäure (auf 7 Fälle verteilt)? Warum zeigten dann unter 14 Fällen von einfacher Konstipation mit 32 Harnanalysen nur 2 Fälle im ganzen 3mal Oxalsäure? Warum zeigten 9 Fälle von Epilepsie mit 21 Harnuntersuchungen nicht ein einzigesmal Oxalsäure? Warum fand ich dann bei 14 Fällen von Ulcus ventriculi mit 26 Harnuntersuchungen nur 4mal Oxalsäure (auf 3 Fälle verteilt)? Oder warum war unter 28 Fällen von Hyperazidität und Gastrosukkorrhöe mit 39 Harnanalysen nur 4mal Oxalsäure vorhanden (auf 4 Fälle verteilt)? Warum fand ich in 6 Fällen von Ca. ventr. mit 9 Harnuntersuchungen kein

einzigesmal Oxalsäure? Oder von 4 Fällen von Dysenterie mit 17 Harnuntersuchungen kein einzigesmal Oxalsäure, von 3 Fällen von Appendizitis mit 9 Harnanalysen, kein einzigesmal Oxalsäure? Störungen der Digestion haben also sicherlich nichts mit der Ausscheidung der Oxalsäure zu tun!!!

Unter die vasomotorischen Symptome ist wohl die bei Oxalurie sehr oft vorkommende eigentümliche blasse Gesichtsfarbe zu rechnen, die ich trotz wiederholter Blutuntersuchungen niemals einem abnormen Blutbefunde zuschreiben konnte. Ein weiteres Symptom der vasomotorischen Störung ist auch die aus einzelnen Krankengeschichten ersichtliche übermäßige Schweißbildung in den Achselhöhlen. Das Kaltwerden der Finger und Füße bei nicht anämischen Individuen ist derselben Störung zuzuschreiben.

Therapie.

Ausgehend von der Idee, daß die Oxalurie ein Symptom einer allgemeinen Stoffwechselkrankheit ist, bei welcher Cantani und sein Assistent Primavera zu wiederholten Malen unzweifelhaft oxalsauren Kalk im Blutserum gefunden haben, und bei welcher die Vermehrung der Oxalsäure im Urin ganz allein von der Nichtverbrennung der im Organismus gebildeten Oxalsäure abhängt, habe ich meine Patientin bedeutende Muskelübungen machen lassen: Viel körperliche Arbeit und forcierte Märsche! Haben doch viele meiner Patienten von selbst angegeben, daß sie sich nach körperlichen Übungen besser befänden! Ferner ließ ich alle auch ein alkalisches Mineralwasser — Kissingen — trinken, einerseits um eine Beschleunigung des Stoffwechsels und eine Besserung der Verdauung herbeizuführen, andrerseits um das Niederschlagen von Stein und Sand in den Harnwegen zu verhindern. Auch ließ ich viel Wasser trinken und sorgte für gute Stuhlentleerung. Gaben doch einige meiner Patienten von selbst an, daß sie sich nach Diarrhöe viel besser fühlten, als ob irgend ein Stoff, der ihrem Körper schadete, auf diese Weise entfernt würde! Falls dies nicht ausreichte, ließ ich ihnen Magn. sulf. messerspitzweise nach jeder Mahlzeit nehmen, wie schon Klemperer empfahl. Falls sich dies — bei einer gemischten Diät — nicht genügend erwies, gab ich ihnen Natrium bicarb. 2·0, Lithii carbon. 0·25 nach jeder Mahlzeit. Falls die Muskelschmerzen nicht nachließen, erwies sich Aspirin 0·5 4—5mal täglich genommen von besonderem Nutzen. Ich will hierbei bemerken, daß auf diese Behandlung die meisten Beschwerden schwanden, obwohl dieselben Beschwerden bei einigen meiner Patienten nach einem Intervall von Monaten oder Jahren wiederkamen, um aber auf dieselbe Behandlung wieder zu verschwinden!

Fälle	Pathologischer Zustand	Anzahl der Harnuntersuchungen	Oxalate im Harn	Verteilt auf Patienten
171	Neurasthenia spinalis	515	18 mal	15
57	» cerebralis	185	80 »	53
30	Oxalurie	93	72 »	30
114	Enteroptosis	287	10 »	10
37	Cystitis	183	3 »	3
47	Nephrit. chron.	166	10 »	7
7	» ac.	19	1 »	1
4	Pyelo-Cystitis	54	—	—
6	Nierentuberkulose	40	—	—
5	Nephrolithiasis	21	—	—
23	Tbc. pulmon.	39	9 »	9
2	» testic.	3	—	—
1	» vertebr.	1	1 »	1
1	» glandul.	1	—	—
8	Leberzirrhosis	16	3 »	3
10	Cholelithiasis	29	4 »	3
10	Ieterus catarrh.	27	2 »	2
1	Ca. pancreat.	1	—	—
4	» hepat.	9	3 »	2
14	Ulcus ventric	26	4 »	3
28	Gastrosuccorrhoea	39	4 »	4
6	Ca. ventric.	9	—	—
1	» oesophagi	2	1 »	1
28	Colitis mucosa	59	7 »	6
1	Ca. recti	2	2 »	1
3	Appendizitis	9	—	—
4	Dysenterie	17	—	—
52	Vitium cordis	126	13 »	10
10	Asthma nervos. bronchit.	19	1 »	1
1	Emphysema	1	1 »	1
11	Arteriosklerosis	46	9 »	6
1	Ca. mammae	6	1 »	1
13	Migräne	29	3 »	3
9	Epilepsie	21	—	—
15	Interkostalneuralgie	28	5 »	4
9	Ischias	16	8 »	6
4	Irritable bladder	34	—	—
4	Enuresis	4	—	—
2	Chorea	3	—	—
11	Tabes	16	1 »	1
1	Mening. spin. chron.	4	—	—
1	Neurit. alcoh.	2	—	—
2	Hemiplegia	8	—	—
1	Lateralsklerose	2	—	—
1	Infantile Paralyse	1	—	—
1	Fazialisparalyse	11	1 »	1
5	Impot. nervosa	41	4 »	3
1	Onanie	3	—	—
2	Ak. Alkoholismus	2	—	—
9	Arthritis urica	23	3 »	1
4	Rheumat. polyarticul.	10	1 »	1
12	» musculor.	24	3 »	2
5	Metrorrhagia	10	—	—
810	Fürtrag	232	288 mal	195

Fälle	Pathologischer Zustand	Anzahl der Harnuntersuchungen	Oxalate im Harn	Verteilt auf Patienten
810	Übertrag	232	288 mal	195
19	Adnexe	44	1 »	—
1	Dysmenorrhoea	4	—	—
5	Gonorrhoea	7	2 »	2
8	Prostatitis	10	2 »	2
2	Strictura urethr.	5	—	—
15	Syphilis tertiaria	40	1 »	1
2	Prolaps. vag.	2	—	—
19	Diabetes	108	38 »	6
17	Indikanurie	101	6 »	2
5	Uraemia	12	—	—
13	Anaemia simplex	23	1 »	1
9	» gravis	22	1 »	1
4	Adipositas	9	1 »	1
14	Konstipation	32	3 »	2
1	Basedow	1	1 »	1
1	Ichthyosis	2	2 »	1
1	Psoriasis	1	—	—
2	Ekzema	8	—	—
1	Epig. Hernia	3	—	—
2	Milztumor	5	—	—
2	Hypertroph. conch. nasi	4	—	—
1	Fractura basis cranii	2	—	—
954	Zusammen . . .	2797	347 mal	215

Mr. W. V., 22 Jahre, 22. August 1907. Klagt über Müdigkeit, Schwindel im Kopfe, seit dem Sonnenstich vor einigen Wochen kein kurzer Atem, jeden Tag Stuhl, kann nicht lange laufen, ohne müde zu werden in den Knien. Fühlte sich die ganze Zeit »dösig« im Kopfe, schläft gut. Vor 2 Jahren Malaria tertiana, $^1/_2$ Jahr lang dauernd. Jung einen Bandwurm gehabt, später Chlorose.

Vegetarianer. Lunge, Herz, Leber, Milz normal, Nieren: nicht palpabel. Spina 4.—6. Wirbel druckempfindlich.

Blut: 100% — 28% pol. neutr. — 63% L. — 7·5 g L. 1·5 Übergangsformen.

Urin (frisch): Bernstein (nachts trüb), 2% wolkige Sedimente, sauer, 1·019, kein Alb., keine Galle, Spur Indikan. Sedimente: massenhaft kleine und mittelgroße Oxaloktaeder, einzeln und in Drusen, einige kubische Nierenzellen, einige Plattenzellen und Leukozyten. Ord.: Kissingen. — Diät f. Oxal.

A. St. C. G., 32 Jahre. p. 140 lbs. 22. Nov. 1906. Seit 8 Jahren verheiratet. 1 Kind, 2 Jahre alt, Frau kein Abort. Seit 3 Jahren nervös: Er kann nicht schlafen, leidet an Schwindel, ißt nicht; jeden Tag Stuhl. Als er aus dem Geschäfte — Clerk — für eine Weile fortging, half ihm dies mehr als alle Medizin. Astigmatisch. Er hat gar kein Hungergefühl. Gewöhnlich wiegt er 156 lbs. Koitus

regt ihn ganz auf, daher pflegt er ihn sehr selten; manchmal Herzklopfen. Sehr oft Schmerzen im Nacken. Auch sehr oft Nasenbluten gehabt, seit 3 Monaten nicht mehr. Vor 1 Jahr aber hatte er 10—15 Minuten lang dauerndes Nasenbluten, jeden Morgen. Fühlt ein Zucken in den Muskeln. Trinkt 2 Tassen schwarzen Kaffee bei jeder Mahlzeit! Raucht und trinkt sehr mäßig. Mutter sehr nervös. Blasse Hautfarbe! Pat.: beiderseits sehr erhöht! Feinwelliger Tremor digitor. P.: 68, Ton. 98. Spina nicht druckempfindlich. Dermogr.: normal. Varicocele dextra. Lunge, Herz, Leber etc. nicht abnorm.

Blut: 100% Gowers — 30% Lymphe, 3% gr. Lymphe, 3% Übergangsform — 62% pol. neutr., 2% pol. eosin.

Urin (frisch): bernsteinklar, 1·020, neutral, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (frisch): amorphe Phosphate, sonst nichts. 48 hrs. später: alkal., zahlreiche kleine Oxaloktaeder, mäßig zahlreiche einfache Phosphate, messerschneidenförmige Kristalle, zahlreiche Bakterien.

Urin (Abend und Morgen): dunkelbernstein, etwas trüb, sauer, 1·025, kein Alb., kein Zucker, keine Galle, kein Indikan, Urea 1·8%. Sed.: bedeutende mittelgroße Oktaeder und Prismenoktaeder von Oxal.

23. Nov. Ord.: Kissingen, 3 Teelöffel täglich. — Keinen Kaffee trinken! Behandlung der Neurasthenie. — Liquor arsen.

1. Dez. Urin: lichtbernstein, trüb, sauer, 1·021, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed.: sauer, massenhaft amorphe Phosphate mit zahlreichen messerschneidenförmigen Kristallen, kein Oxal, einige Leukozyten 36 Stunden später: sauer, massenhaft Bakterien, zahlreiche Rosetten von messerklingenförmigen Kristallen. Hatte 3 Tage, nachdem er Kissingen zu nehmen begann, nach einem Ritte Schmerzen in beiden Lumbalgegenden, 2 Tage dauernd. Hatte jeden Tag Stuhl. Wird sehr müde beim Gehen. Er möchte des Morgens gern aufstehen, da er aber die ganze Nacht nicht schläft, kann er nicht. Veronal hat das erstemal gar nichts geholfen, das zweite- und drittemal hat es ihm etwas Schlaf gebracht, das letztemal gar nicht. Ord.: Amylenhydrat.

9. Dez. Urin: lichtbernstein, trüb, alkal., 1·022, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Urea 1·5%. Sed.: 3% amorphe Phosphate, einige roten Blutkörperchen ähnliche Oxalformen, einige kubische Zellen, sonst nichts. 24 Stunden später: idem.

2. Januar 1907. Urin (frisch): dunkelbernstein, klar, sauer, 1·027, kein Zucker, kein Alb., kein Indikan. Sed.: mäßig zahlreiche Leukozyten, Mucin, mäßig zahlreiche, winzige und mittelgroße Oxaloktaeder. Klagte über Mangel an Appetit, hat letzten Abend mit Appetit Nachtmahl gegessen; nach demselben stieg ihm aber das ganze Blut zu Kopfe. Schläft auf Amylenhydrat. Pat.: beiderseits etwas erhöht. Ord.: Cod. 3%, Salzabreibungen.

31 Januar. Hat 3½ lbs. seit den Salzabreibungen zugenommen, aber infolge von Grippe wieder verloren.

Urin.: bernstein, leicht, trüb, sauer, 1·020, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed.: einige Leukozyten und Plattenzellen, einige kleine Oxale. Hat öfter ohne Amylenhydrat geschlafen, hat keinen Appetit trotz der Tct. chin. — Lunge, Herz normal.

6. März. p. 140 lbs.: Hat $6^1/_2$ lbs. in 2 Monaten zugenommen. Schläft viel besser ohne Medizin! Appetit ist besser. Urin: bernstein, leicht trüb, sauer, 1·020, Spur Alb., kein Indikan. Sed.: Mucin, mäßig zahlreiche Leukozyten, mäßig kubische und Plattzellen.

1. Aug. Urin (frisch): dunkelbernstein, sauer, 1·027, kein Alb., kein Zucker, mäßig Indikan. Sed.: mäßig, ganz kleine winzige Oxaloktaeder, sonst nichts. Kann nicht essen, denn er fühlt sich nachher ganz unbequem im Magen, nächsten Tag hat er Diarrhöe. Ist auch gelegentlich verstopft. Bekommt Anfälle von Herzklopfen; kann nicht ruhig liegen und wenn er herumgeht, wird er sofort müde.

Magenaufblähung zeigt die C. major 4 *cm* unterhalb umbil., C. minor 4 *cm* oberhalb, P. pyl. 9 *cm* zur rechten, Fundus 8 *cm* zur linken von der Medianlinie. Nieren nicht palpabel.

9. Aug. Leubeprobe ($4^3/_4$ Stunden): 150 *cm*, lichtgelb, flüssig, schwach sauer, freie HCL, neg. Totalacid 15 Michsäure neg. Sed.: besteht aus rotzigem Schleim, der aus Pflasterepithelien, einigen kubischen Zellen mit großen runden Kernen und Eiterkörperchen besteht, sonst nichts.

Urin (frisch): alkal., trüb, 1·020, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed.: 5% amorphe Phosphate, mäßig zahlreiche Leukozyten, 3 Tage später: idem.

Mr. E. L., 36 Jahre, Architekt, 24. November 1903. Klagt seit 2 Wochen über fortwährende Kopfschmerzen, wunde Stellen im Munde, schlechten Appetit, vor 3 Wochen sich erkältet.

Urin (frisch): trüb, Serum und Nukleoalbumin beträchtlich (!!), kein Indikan. Sed.: massenhaft Leukozyten und Spermatozoen, die bewegungslos sind und den Schwanz oft am Kopfende abgeknickt zeigen, mäßig zahlreiche roten Blutkörperchen ähnliche Oxale, mäßig zahlreiche fettkörnchenhaltige kubische Zellen (Spermazellen).

28. Nov. Urinfäden, bestehend aus Schleimkörperchen, mäßig Eiterkörperchen, Spermatozoen und kubische Samenblasenepithelien.

Urin: blaß, bernsteinfarben, leicht trüb, 1·008, etwas sauer, Spur Serum und Nukleoalbumin, keine Galle, kein Zucker, kein Indikan. Urea 0·9%. Sed.: meistens Leukozyten und kubische Samenblasenepithelien, mäßig »rote Blutkörperchen«, Formen von Oxal, einige Oktaeder von Oxal, zahlreiche Spermatozoen.

20. Mai 1904. Während des Typhusfiebers:

Urin: blaßbernsteinfarben, trüb von Bakterien, sauer, normaler Geruch, 1·015, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, Urea 1%, kein Eiter. Sed.: Einige »rote Blutkörper-

chen«, Formen von Oxal, zahreiche Leukozyten, keine Zylinder, einige Prismenoktaeder von Oxal, mäßig Bakterien.

12. Sept. 1904. 40 Stunden nach einem Wettrennen:

Urin: beträchtlich Serum und Nukleoalbumin, 1·015, sauer, trübbernstein. Sed.: massenhaft kleine und mittelgroße Oxaloktaeder, zahlreiche fein granulierte Nierenzellen, zahlreiche mittelweite granulierte Zylinder, keine Spermatozoen, zahlreiche Myzelien.

5. April 1907. Bekommt Anfälle von Schmerzen in den Beinnerven, ausstrahlend von beiden Seiten des Kreuzbeines, gewöhnlich nach einem kalten Bade des Morgens, mit Kopfschmerzen im linken Supraorbitalis und Stuhl mit Gas vermischt. Mit den Kopfschmerzen glaubt er Fieber zu haben und kaltes Gefühl unter den Augen. Fühlt sich seit 3 Monaten nicht wohl. Er macht viel Leibesübungen mit, aber es wird nicht besser. Er raucht nicht, trinkt sehr wenig. Zum Frühstück ißt er Kaffee und Toast. Zu Mittag nichts oder nur wenig. Am Abend nur eine kleine Mahlzeit, denn er hat keinen Appetit. Kein Aufstoßen, keine Blähungen. Wenn der Stuhl wässerig ist, hat er auch krampfhafte Schmerzen in der Gegend des vor einigen Jahren entfernten Appendix. Er hatte diese Kopfschmerzen in früheren Jahren einmal jährlich mit Erbrechen! Pat.: rechts höher als links. Druck auf Supraorbitalis sin. schmerzhaft. Druck auf den Glutäalrand rechts und links sehr schmerzhaft. Dermogr.: normal. Druck auf Ischiadikus nicht schmerzhaft. P. 48, Ton. 88, Bauch-, Kremaster- und Pupillarreflexe normal. Spina normal; Lunge, Herz, Leber, Milz, Nieren nichts Abnormes. Zunge rein. Prostata: einige kleine Knoten, aber normal groß.

Urin (24 Stunden): lichtbernstein, trüb, amphoter, 1·012, leichteste Spur Alb., kein Zucker, Spur Indikan, Urea 1·3% Sed. (3 Tage): leicht sauer, zahlreiche große und kleine Oxaloktaeder, zahlreiche Bakterien, zahlreiche amorphe Phosphate, die auf Acid. acet.-Zusatz sich auflösen.

Mr. W. C. F., 54 Jahre, Minenarbeiter, 13. Juli 1907. Bis vor 5 Jahren gesund; damals erkrankte er an Kurzatmigkeit und Herzklopfen beim Stiegensteigen oder schnellem Laufen. Auch hie und da Anfall von Schwindel. Des Abends wurde er damals immer heiser. Mit einer Klimaveränderung besserte sich der Zustand nicht. Seit 10 Jahren verheiratet, kein Kind; Frau niemals Schwangerschaft. Potus gering, keine Syphilis, aber viel Tabakgenuß! Als Schmied vor 15 Jahren Bleivergiftung. Er bekommt Anfälle von linken Stirnkopfschmerzen jeden Monat, Brechreiz und kalten Schweiß; dies dauert einen ganzen Tag, worauf er nächsten Tag besser wird. Nicht viel konstipiert. Appetit manchmal rasend: Er muß oft um 10 p. m., nachdem er zum Nachtmahl gar keinen Appetit hatte, wieder essen. Dieses waren seine Symptome im März, wo er zugleich bedeutenden Husten mit Auswurf eines zähen,

gelben Schleimes bekam, der 5—6 Wochen dauerte, und abends sich Fieber zeigte; dabei wurde er oft halb deliriös. Seit dieser Zeit verlor er 15 lbs. an Gewicht. Wenn er atmet, hat er das Gefühl, als wenn der Magen sich hinaufrollen wollte. Er kann den Magen nicht nach abwärts sinken lassen und das »Atmen geht im Bauch vor sich«. Gegen Schlaflosigkeit hat er viel Opiate genommen, die ihn aber nur aufregten. Seine Gemütsverfassung ist ganz verändert: er ist sehr reizbar geworden.

Lunge: links pleuritische Schwarte vorn und hinten; rechts hinten Bronchitis, ebenso vorn; Herz, Leber, Nieren: nichts Abnormes.

Sputum: keine Tuberkulosebakterien.

Urin (frisch): bernsteinklar, kein Zucker, 1·008, kein Alb., sauer, Spur Indikan. Urea 1·2%. Sed.: Einige Leukozyten, Plattenzellen, massenhaft große Oxaloktaeder.

Mr. H. W., 22 Jahre, 6. Sept. 1906. Klagt seit einigen Jahren über Stirnkopfschmerzen, Schwindelanfälle. Es wird ihm, wie wenn er betrunken wäre, und er wird dann ganz verwirrt und weiß nicht, was er spricht. Er fällt nicht um, aber er muß sich anhalten. Hie und da Ohrensausen im rechten oder linken Ohr. Wenn er schwindelig wird, wird es ihm dunkel vor den Augen und dull im Kopfe. Ist Eisenbahnarbeiter. Lues. Potus neg., Onanie nie betrieben. Schläft gut, jeden Tag Stuhl. Als kleiner Junge auf den Kopf gefallen! Status: blaß. Blut: 100% Gowers. Lunge, Herz, Leber, Milz: normal. Dermogr.: pos. Pat.: erhöht. Pup: prompt.

Urin: bernsteinklar, sauer, 1·023, mäßig Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, mäßig Indikan. Sed. (24 Stunden): Schleim und zahlreiche mittelgroße, schön ausgebildete Oxaloktaeder, einige den roten Blutkörperchen ähnliche Formen, einige Leukozyten. Ord.: Kissingen. Liquor Fowleri.

29. Sept. Urin: klar, bernstein, alkalisch, 1·022, kein Alb., mäßig Indikan. Sed. (10 Tage): massenhaft Bakterien, kein Oxal.

Mr. W. S. W., 50 Jahre.

31. Mai 1904. Hatte vor einem Jahr Fazialisparalyse, die auf Elektrizität verschwand. Klagt über kribbelndes Gefühl in den Beinen, namentlich entlang der Schienbeine, um die Patella herum, oft in die Sohlen ausstrahlend. Sehr oft in den Fingern. Schon seit einigen Jahren auch Schmerzen in der Stirne, Hinterkopf und Halsmuskeln. Potus, Lues: neg. Pat.: Pup. normal. Kein Tremor digit. Eigentümlich blaß. Blut: 100% Gowers. Heftiges Beugen des im Kniegelenk gestreckten Beines macht Schmerzen entlang dem Ischiadikus, Druck auf den rechten Fazialisstamm empfindlich. Druck auf den Medianus macht Parästhesie in den Fingern.

Urin (frisch): klar, 1·008, neutr., kein Alb.

1. Juni. Urin (frisch): lichtbernstein, trüb, aromatischer Geruch, sehr sauer, 1·024, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, mäßig Indikan. Urea 1·3%. Sed. (1% volum.): weißwolkig, einige Leukozyten, einige kubische Nierenzellen, massenhaft winzige, punktförmige Oxaloktaeder, einzeln und in Drusen.

2. Juni. Urin: Sed.: lichtwolkig, besteht aus einigen Leukozyten, schleimigen Fäden und mäßig zahlreichen, winzig kleinen Oxaloktaedern oder von den, roten Blutkörperchen ähnlichen Formen, einzeln oder in Drusen. Lunge, Herz, Leber: normal. 1—6 Dorsal. Wirbeldruck empfindlich, Druck auf Ischiadikus im Hüften- oder Kniegelenk sehr empfindlich, mit ausstrahlenden Schmerzen in die Fußsohlen beiderseits. Druck auf die Zervikalbündel oder den Medianus macht dieselben Sensationen in den Fingern! Beim Sitzen auf dem Sessel mit herabhängenden Beinen bekommt er leicht das Gefühl des »Eingeschlafenseins« in den Beinen, so auch beim Herabhängen des Armes in diesem. Beim Gehen auf der Straße hat er das Gefühl des »Wogens«, früher Schwindelgefühl. Seitdem er Gymnastik betreibt, ist es besser. Ord.: Kissingen. Oxal. Diät.

15. Juni 1904. Hat die letzten 24 Stunden strikte Diät befolgt und kein Kissingen genommen.

Urin: bernsteinklar, sauer, 1·025, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, mäßig Indikan, kein Eiter, Urea 1·7%. Sed. (mäßig, weißwolkig): einige Leukozyten und kubische Nierenzellen, einige Plattenzellen, keine Zylinder, massenhaft mittelgroße Oxaloktaeder oder rote Blutkörperchenformen!

16. Juni. Die Sensationen in den Beinen sind jetzt mehr klopfend und messerartig schneidend, gefolgt von Hitzesensationen in den Fußsohlen, um den Mundwinkel oder in irgend einem Teil des Körpers, nicht konstant, sondern derzeit mehr in Anfällen. Während er früher beim Gehen ganz weh wurde, konnte er letzthin 8 Meilen gehen, ohne müde zu werden!

Urin (frisch, 3 Tage kein Kissingen getrunken, aber Diät befolgt!): klar, bernstein, sauer, 1·015, Spur Indikan, kein Alb. Sed. (sehr gering): besteht aus Plattenzellen, einigen Harnsäurewetzsteinformen und einigen Oxaloktaedern.

18. Juli. Hat strikte diät gelebt, 6 Gläser Kissingen getrunken, aber die Schmerzen in den Beinen verloren sich nicht. Dann nahm er Aspirin 0·5×5 8 Tage lang, aber es half ihm nicht. 2 Wochen später, während er nur Kissingen nahm, verschwanden die Schmerzen endlich und er befindet sich jetzt wohler als je vorher. Genau, wie ich es vorher gesagt hatte, daß »das Kissingen erst nach 6 Wochen wirken würde«.

Urin (frisch): klar, sauer, bernstein, kein Alb., kein Zucker, keine Galle, Spur Indikan, Urea 1·3% Sed.: 2 mittelgroße

granulierte Zylinder, einige hyaline Zylinder, keine Oktaeder, wohl aber einige rote Blutkörperchen, Oxal.

17. August 1904. Hat 10—12 lbs. während der Behandlung abgenommen, geht seit 30. Juni nicht mehr in das Gymnasium wegen der Hitze dortselbst. Mußte vor 10 Tagen das Kissingen aufgeben, weil es seinen Magen angriff. Hat in den Beinen, ausgehend vom Kreuz, entlang beider Ischiadikus, kitzelndes Gefühl und hie und da — wenn nirgends anders — in beiden Fersen. Es steigert sich manchmal zu bedeutenden Schmerzen. Nicht viel Appetit. Während körperlicher Arbeit fühlt er gar keine Schmerzen. Hatte dieses Gefühl auch, während er Kissingen nahm, nur nicht so konstant.

Urin (nachts und morgens): bernstein, klar, sauer, 1·020, kein Alb., Spur Indikan. Sed. (1% weißwolkig): zahlreiche mittelgroße Oxaloktaeder, mäßig zahlreiche rote Blutkörperchenformen! Leukozyten, mäßig fein granulierte kubische Nierenzellen, keine Zylinder, einige ovoide Oxale und mäßig zahlreiche, stark lichtbrechende lineare Prismen, einzeln oder in Drusen.

Vor 15 Jahren hatte er 2 Jahre lang fortwährend Reiz zum Urinieren und urinierte nur wenig. Nicht beim Niederlegen jedoch! Es verschwand damals auf die Pichi und Hyoscyamus. Er nahm Natrium bicarb. und Lith. bis zum 30. Juli, während welcher Zeit er auch jene Schmerzen entlang beider Ischiadikus oder im linken Vorderarm oder im Hinterkopf oder in beiden Beinen hatte!

J. D. M., 40 Jahre, Geschäftsmann.

22. Okt. 1903. Hat gar keine Arbeitslust, kann seine Aufmerksamkeit nicht konzentrieren, schläft manchmal gut, manchmal gar nicht. Seit 2 Jahren gelegentlich Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen vorn und hinten. Manchmal heißhungerig, manchmal gar keinen Appetit. Des Morgens die Beine immer schwer und müde und rheumatische Schmerzen in denselben. Lunge, Herz, Leber, Milz: normal. Pat.: etwas gesteigert. Pup.: normal.

Urin (270 *ccm* 18 Stunden): trüb, bernsteingelb, normaler Geruch, sauer, S. 1·029, Spur von Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, kein Indikan, Urea 2·5%. Sed.: einige rote Blutkörperchen, einige grob granulierte Nierenzellen, einige Nierenbeckenepithelien, massenhaft kleine Oktaeder und Hantelformen von Oxal, einige harnsaure Wetzsteinformen. Ord.: 3—5 Gläser Kissingen, Cantanis Diät, Natrium bic. 20·0, Lith. carb. 5·0, div. in pulv. 20·0. 2 Pulver täglich.

30. Okt. Fühlt noch immer eigentümliches Prickeln unter dem rechten Rippenbogen. Schläft gut. Kissingen macht ihn verstopft.

Urin: 1·019, neutral, leichte Spur Serum und Nukleoalbumin, keine Galle, Spur Indikan, Urea 1·2%. Ord.: idem. Purgatin.

6. Nov. Nicht mehr so schläfrig und fühlt mehr aktiv, hat sehr guten Appetit, aber noch leichte Parästhesien in der rechten Lebergegend. Purgatin wirkt gut.

Urin: 1·020, neutral, kein Alb., kein Indikan, keine Galle. Sed.: kleine lichtbraune Kügelchen (den roten Blutkörperchen sehr ähnlich) von Oxal und kleine Phosphatnadeln!

13. Nov. Fühlt nicht so stark; viel Winde im Magen und in den Eingeweiden. Appetit gut, 5 Gläser Kissingen, hatte nicht jeden Tag Stuhl. Die Parästhesien in der rechten Lebergegend fühlt er manchmal, manchmal nicht. Beim Fortnehmen der Kleider oder beim Niederlegen fühlt er es nicht. Die Parästhesien an der Außenseite des rechten Fußes sind verschwunden, aber nicht an der Außenseite der linken Knöchel und der Fibula. Manchmal Sodbrennen für 2 Stunden.

15. Nov. Gestern plötzlich ganz von Gasen aufgeblasen.

Urin: schwach sauer, S. 1·022, klar, geringste Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, massenhaft Indikan, Urea 2·1%. Sed.: einige Leukozyten, einige Pflasterzellen, einige fein granulierte Nierenzellen, einige Zylindroide und ziemlich zahlreiche lichtbraun-gelbe Scheiben (den roten Blutkörperchen sehr ähnelnd) von Oxal. Hie und da einige sehr lichte, dreieckige Oxalkalkkristalle. Ord.: Purgatin, Kissingen, Syr. Fell.

28. Nov. Urin: bernstein, klar, sauer, S. 1·020, keine Alb., kein Zucker, keine Galle, mäßig Indikan. Urea 1·9%. Sed.: mäßig wolkig, nichts außer einigen Leukozyten und mäßigen gelbbraunen, roten Blutkörperchen ähnelnden, kleineren Scheiben von Oxal.

1. Jan. 1906. Klagt über stechende Sensationen im rechten Hypochondrium, 3 Finger unterhalb der Blasengegend, anfallsweise mit viel Gasbildung und Flatus. Puls: 96, stark gespannt; Ton. 120.

Urin (frisch): Acid. Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, kein Indikan. Sed.: mäßig zahlreiche rotbraune Scheiben (den roten Blutkörperchen ähnlich) von Oxal, Schleim, einige Spermatozoen, einige Nierenzellen, keine Zylindroide, keine Oxaloktaeder. Diagnose: Cholelithiasis (später durch Autopsie bewiesen), Oxalurie.

Mr. G. H., 35 Jahre, ledig.

5. Juli 1906. Vor 5 Jahren bekam er plötzlich einen Schwindelanfall, es ging wie ein Ringelspiel herum, er konnte nicht gehen. Dies dauerte 3½ Monate. 1½ Jahre später kam dasselbe wieder, stets ohne Erbrechen! Er hatte früher schon Gehörgeräusche! Dieser 2. Anfall dauerte 3 Monate und er ging wieder zur Arbeit in die Mine und plötzlich — etwa 2 Jahre später kam wieder ein solcher Anfall. Er bekam ein merkwürdiges Gefühl in den Füßen, wie wenn er auf einer Bürste stünde, und dieses Gefühl kroch langsam bis zu den beiden Hüften; später

beide Beine kalt und taub. Das Schwindelgefühl war nicht so stark, und in beiden Ohren, namentlich aber im linken Ohr, Geräusche. Jene Parästhesien fingen in der linken großen Zehe an. Letzten Sommer bekam er wieder Schwindelgefühl und Taubheitsgefühl. Die linke Gesichtshälfte und die Zunge fühlten sich an, als wenn er die ganze Nacht geraucht hätte. Früher pflegte er sehr viel zu rauchen, gegenwärtig kein Verlangen danach. Zur Zeit des 1. Anfalles rauchte er nicht! Die linke Gesichtshälfte, auch die Zunge, hat noch immer jenes merkwürdige kitzelnde Gefühl. Die Beine fühlen sich steif an. Er fühlt sich wie betrunken im ganzen Körper. Er kann auch nicht hoch stehen oder über eine Brücke gehen, weil er ganz schwindlig wird. Seit Jahren hat er harten, flachgedrückten oder schafkotähnlichen Stuhl und muß immer Abführmittel nehmen! Appetit ist gut, schläft gut. Vater und Mutter gesund. Lues, Potus: neg. Pat.: links etwas höher als rechts. Pup.: beiderseits verzogen, auf Licht und Akkommodation reagierend. Rhomberg: neg. Feinwelliger Tremor digitor. Temperatur- und Tastsinn auf beiden Körperseiten normal. Pharynxreflexe: beiderseits normal. Zunge: immer belegt! Lunge, Herz, Leber, Nieren: nichts Abnormes. Ohren beiderseits retrahierte Trommelfelle, links mehr als rechts. Varikokele links. Hinterkopf geflacht mit spitzförmig vorspringender Protub. occipit. 6.—8. Dorsalwirbel stark druckempfindlich. Bekommt höchstens 1mal im Monat genug Erektionen, um zu koitieren.

Urin (frisch): bernstein, klar, alkalisch, 1·029, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. 24 Stunden später: besteht ausschließlich aus schön ausgebildeten mittelgroßen Oxaloktaedern, meistens einzeln, auch einige in Gruppen, einige Plattenzellen, sonst nichts. Ord.: Jodkali 20; 150 kalte Einpackungen und Massagen. Bornyval, Diät für Oxal (Kissingen!).

7. Juli. Als er den Anfall vor 5 Jahren hatte, mußte er oft in der Nacht aufstehen, um zu urinieren, mit Schmerzen unter der linken Rippe, so auch in der linken Lumbalgegend, und am Ende des Penis. Hat diese Sensationen auch jetzt noch, namentlich bei der Arbeit, unter der linken Rippe. Ist seit 4 Jahren konstipiert. Puls 68, Ton. 90.

Urin (abends und morgens): bernstein, klar, sauer, 1·025, exzessiv Indigokarmin, kein Zucker, leichte Spur Albumin, Sed. (frisch): besteht ausschließlich aus großen, schön ausgebildeten Oxaloktaedern, einzeln und in Drusen, zahlreichen den »roten Blutkörperchen« ähnliche Formen, welche doppelt konturiert sind und oft braun pigmentiert erscheinen; meistens einzeln oder in homogenen, lichtgrüngelb erscheinenden Kristallen; mäßig zahlreiche kleine, lichtweiße Ellipsoide, mäßig zahlreiche kubische oder polygonale Nierenzellen, einige schmale, granulierte Zylinder, einige Plattenzellen. 72 Stunden später: leicht alkalisch, massenhaft

Bakterien, mäßig zahlreiche Kristalle von dieser Form , mittelgroße und einige große Oktaeder von Oxal, auch einige rote Blutkörperchenformen, sonst nichts.

8. Juli. Urin: klar, bernstein, leicht sauer, kein Alb., exzessiv Indigokarmin. Sed. (24 Stunden): einige Leukozyten, zahlreiche Tetrakokken, einige Plattenzellen, kein Oxal.

9. Juli: Subj. besser als gestern, wo er selbst beim Heraufkommen im Lift sich anhalten mußte und sehr konstipiert war. Hatte nach Ölklistieren 2mal täglich Stuhl.

Urin (frisch): bernstein, klar, sauer, 1·013, kein Alb., kein Zucker, exzessiv Indigokarmin. 24 Stunden später Sed.: einige Leukozyten, kein Oxal.

11. Juli. Ist noch etwas schwindlig und hat üblen Geschmack im Munde. Hatte heute Stuhl nach $^1/_2$ l Öl, aber nicht sehr gut. Hat noch Parästhesien im Gesicht.

Urin (frisch): bernstein, trüb (Bakterien!), 1·024, sauer, kein Alb., Spur Indikan. Sed.: massenhaft Bakterien, einige Leukozyten, einige Plattenzellen, kein Oxal.

12. Juli. Subj. bedeutend besser, aber der Stuhl war sehr gering heute und weich. (Hatte kein Öl letzte Nacht!) Ißt Zwetschken, Äpfel, Rüben, Fleisch, Kohl etc.

Urin (morgens): leicht sauer, bernstein, klar, 1·023, Spur Indikan. Sed.: Schleim, einige Leukozyten, kein Oxal, keine Bakterien. 24 Stunden später: leicht alkalisch, kein Oxal. Pat.: links etwas erhöht (letzten Sommer konnte er das linke Bein nur nachschleppen nach jenem Anfall!), rechts subnormal. Pup.: reagiert auf Licht und Akkommodation.

13. Juli. Hat noch immer jenes Schwindelgefühl; auch nicht sehr guten Stuhl gehabt.

Urin (morgens): lichtbernstein, trüb, leicht alkalisch, mäßig Indikan. Sed.: massenhaft winzige Oxaloktaeder, einige größere Kristalle darunter. 26 Stunden später: trüb, alkalisch, idem.

16. Juli. Urin (frisch): bernstein, klar, alkalisch, 1·012, Spur Indikan. Sed. (frisch): einige Eiterfäden, sonst nichts. 24 Stunden später: zahlreiche Kokken, kein Oxal.

17. Juli. Gegen die Parästhesien: Anästhesien. Vasogen über Nacht einzureiben. Stuhl ist besser.

Urin (morgens): bernstein, klar, alkalisch, kein Indikan. 24 Stunden später Sed.: sauer, massenhaft Bakterien, einige Plattenzellen, kein Oxal.

18. Juli. Urin: bernstein, klar, alkalisch, kein Indikan. Sed.: einige Plattenzellen, sonst nichts. 72 Stunden später: idem, massenhaft Bakterien, kein Oxal.

20. Juli. Hat viel weniger Parästhesien, ist aber noch schwindlig im Kopfe. Schläft gut. Zunge etwas belegt.

Urin (morgens): bernstein, trüb, alkalisch, bedeutend Indikan. Sed. 24 Stunden später: alkalisch, Bakterien, kein Oxal, Trippelphosphate

21. Juli. Hatte heute noch keinen Stuhl, wohl aber letzte Nacht. Jene Parästhesien sind im Schwinden, wohl aber noch Schwindel vorhanden.

Urin: lichtbernstein, trüb, alkalisch, mäßig Indigokarmin. Sed. 48 Stunden später: Bakterien, einige Plattenzellen, einige dreifache Phosphate, kein Oxal.

24. Juli. Urin: lichtbernstein, klar, alkalisch, mäßig Indigokarmin. Sed.: einige Plattenzellen, Phosphate, kein Oxal.

Hat jeden Tag Stuhl. Hat auch des Morgens jetzt jedesmal Erektionen. Dermogr.: beinahe Quaddelbildung!

Urin (nach der Untersuchung): lichtbernstein, klar, alkalisch, Spur Indigokarmin. Sed. (48 Stunden): Bakterien, alkalisch, ein ganz winziges Oxaloktaeder, einige Plattenzellen.

26. Juli. Urin (frisch): lichtbernstein, klar, alkalisch, mäßig Indigokarmin, 1·021. Sed. (frisch): amorphe Phosphate, keine Bakterien, einige Leukozyten, kein Oxal. 24 Stunden später: idem, kein Oxal.

27. Juli. Urin (morgens): bernstein, trüb, alkalisch, 1·011, kein Indikan. Sed.: Bakterien, einige Leukozyten und Spermatozoen, kein Oxal.

6. Aug. Hat noch etwas Parästhesien in der linken Gesichtshälfte (Oberlippe und Kinn!), jeden Tag Stuhl, schläft gut, Appetit gut. Noch etwas Schwindel. Hat auch Erektionen. Nimmt Bornyval, Jodkali, Kissingen.

Urin (morgens): lichtbernstein, trüb, alkalisch, 1·011, leichte Spur Indikan. Sed. (frisch): amorphe Phosphate, mäßig zahlreiche Spermatozoen. 48 Stunden später: idem, Bakterien, amorphe Phosphate, kein Oxal.

11. Aug. 2mal täglich Stuhl, aber nicht, wie er sein sollte.

Urin: bernstein, klar, alkalisch, 1·012, bedeutend Indikan. Sed.: einige Leukozyten, sonst nichts, kein Oxal. 48 Stunden später: Bakterien, kein Oxal.

13. Aug. Urin (frisch): bernsteinklar, alkalisch, Spur Indikan. Sed. (frisch): nichts sichtbar. 24 Stunden später: einige »rote Blutkörperchenformen« (alkalisch) von Oxal. Subj. bedeutend wohler heute: Kopf ist mehr frei, Bein besser, in der Gesichtshälfte keine Sensationen.

16. Aug. Hat jenen Anfall von Schwindel wieder gehabt, nachdem er des Abends 2 Stunden lang im Park der Musik zugehört hatte. Wenn er keinen Stuhl hat, bekommt er ebenso dieselben Anfälle. Wenn er eine Podophyllinpille nimmt, geht es vorüber.

Urin: bernstein, klar, leicht alkalisch, leichte Spur Indikan. Sed. 24 Stunden später: alkalisch, massenhaft Bakterien, mäßig Spermatozoen, kein Oxal, einige Leukozyten.

18. Aug. Hatte diesen Morgen 2mal Stuhl, gestern auf Podophyllin 4mal. Hat noch immer Ohrenklingen.

Urin (morgens): leicht trüb, alkalisch, leichte Spur Indikan. Sed.: amorphe Phosphate. 24 Stunden später: einige dreifache Phosphate.

6. Sept. Noch etwas schwindlig. Hat eine Woche lang kein Kissingen genommen. Keinen Stuhl ohne Podophyllinpillen gehabt, während er an der Küste war! Seit 2 Wochen kein Abführmittel genommen.

Urin (frisch): bernstein, klar, leicht alkalisch, kein Indikan. Sed.: einige Leukozyten, kein Oxal. 24 Stunden später: kein Oxal.

11. Sept. Urin (frisch): bernstein, klar, alkalisch, Spur Indikan. Sed.: einige Leukozyten, sonst nichts.

18. Sept. Urin: bernstein, klar, neutral, 1·014, kein Alb., Spur Indikan. Sed.: einige Plattenzellen, Leukozyten, einige »rote Blutkörperchen« von Oxal.

G. A., 36 Jahre. Leidet an einer Ischias. Er hat alle Kinderkrankheiten durchgemacht; mit 18 Jahren die erste Gonorrhöe, die nach einigen Monaten aufhörte. Ein Jahr später die zweite Gonorrhöe, mit nur wenig Ausfluß. Vier Wochen später nach einer Tanzunterhaltung eine rechtseitige Hodenentzündung.

Im 25. Jahre einen weichen Schanker, der nach 3 Monaten ohne Drüsenanschwellung abheilte.

Im 29. Jahre beiderseitige Rippenfellentzündung, die ihn 9 Wochen ans Bett fesselte. Knapp vorher phlegmonöse Angina.

Im 33. Lebensjahre beiderseitige Bubonen, vereitert und inzidiert, zu jener Zeit gar nichts am Penis und auch gar kein Ausfluß. Seit 12 Jahren, also schon 2 Jahre vor dem Schanker, bei schlechtem Wetter Reißen des Nachts am Knie und der vorderen Innenseite des rechten Oberschenkels. Seit 2 Wochen linke Supraorbitalneuralgie, anfallsweise von minutenlanger Dauer, meist nur des Nachts. Auch der Rheumatismus ist meist des Nachts von 6—8 Uhr. Jede Nacht vor Beginn des Schlafes ist der ganze Körper in Schweiß gebadet, wobei Patient aufwacht; nachher schläft er ohne Schweiß. Vor 2 oder 3 Jahren Schüttelfröste meist des Abends, mit Chinin kuriert. Auch rheumatische Schmerzen werden auf Chinin besser. Die rheumatischen Schmerzen strahlen in den Obturatorius aus.

Lunge: links hinten pleuritische Schwarte, sonst normal. Herz, Leber, Milz normal. Zunge belegt. Appetit schlecht. Seit 3 Wochen Sensibilität entlang dem rechten Ischiadikus und in der rechten Wade erhöht. 9. Brustwirbel und 4. Kreuzbeinwirbel auf Druck empfindlich. Patellarreflexe erhöht. Tremor digitorum feinwellig; Pupillarreflexe normal.

Urin: trüb, dunkel, bernsteingelb, S. 1·027, stark sauer, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, kein Indikan, keine Galle, Harnstoff 2·1%. Sediment (10% des Volumens) lichtwolkig,

besteht aus massenhaft kleinen Oxaloktaedern und mäßig zahlreichen Nierenzellen. Chronische Prostatitis gonorrhoica. Zwei Strikturen in der Pars membranacea urethrae.

2. Nov. Beim tiefen Atmen ein plötzlicher, tiefer Schmerz im rechten Bein, entlang dem Ischiadikus. Ordiniert: Diät für Oxalurie.

3. Nov. Hatte $^1/_2$ Stunde nach Einnahme des Chinins reißende Schmerzen in der Gegend des Obturatorius von 6—10 p. m. Schlief erst nach 12 p. m. ein. Das ganze Bein ist so empfindlich, daß er gar nicht weiß, wie er sich legen soll. 4 flüssige Stühle nach dem Einnehmen des Chinins.

4. Nov. Nahm um 4—5 p. m. das Chinin und hatte keine Schmerzen um 6 p. m., wie stets vorher. Die Schmerzen kamen jedoch um 11 p. m., waren aber nicht so stark wie letzte Nacht (es begann um 11 p. m. zu regnen). Er schwitzte im ersten Schlafe sehr bedeutend am ganzen Körper. Behandlung: Ultraviolette Strahlen.

5. Nov. Nach Chinin 4—5 p. m. hatte er keine Schmerzen bis 12 p. m., dann erwachte er mit bedeutenden Schmerzen, die ihn bis 5 a. m. wach hielten. Er hatte einen schweren Kopf vom Chinin und schwitzte bedeutend um 2 a. m. Verordnet: Salipyrin, Lactophenin, Citrophen aa. $^1/_2$ g 3stündig.

6. Nov. Fühlte auf letzte Pulver keine Erleichterung, konnte nicht schlafen. Nach den heißen Luftbädern, ebenso als nach den ultravioletten Strahlen sehr druckempfindlich.

9. Nov. Schröpfköpfe erleichtern den Schmerz.

10. Nov. Urin: trüb, bernsteingelb, Sediment (5% Volumen) besteht aus einigen Leukozyten und Plattenzellen, einigen mit Phosphaten belegten hyalinen Zylindern, massenhaft amorphen Phosphaten, keine Bakterien (S. 1·015), kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, kein Indikan.

13. Nov. Urin: alkalisch, trübe von Phosphaten, S. 1·015. Angeordnet: Methylenblau 0·1 dreimal täglich.

16. Nov. Appetitlos. Hatte wieder zwei sehr schlaflose Nächte. Wurde einmal ohnmächtig im Badezimmer. Schmerzen entlang dem Obturatorius, Ischiadikus und Kruralis mit Hyperästhesie. Verordnet: Phenacetin 1·0, heiße Luftbehandlung mit kalten Abwaschungen. Äthylchlorid-Spray, Brom, Antipyrin.

17. Nov. Urin: morgens klar, bernsteingelb, sauer, S. 1·010, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, exzessiv Indikan. Harnstoff 1·4%. Sed.: einige rote Blutkörperchen, Formen von Oxal, einige Leukozyten, mäßig polygonale Nierenzellen, zahlreiche hyaline, einige epitheliale Zylindroide, keine Kristalle.

18. Nov. Wieder Schmerzen bekommen. Verordnet: Jodkali, 1 g täglich.

21. Nov. Schlaflos infolge Schmerzen.

23. Nov. Urin: klar, bernsteingelb, sauer, 1·015, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, kein Eiter, kein Indikan, Harnstoff 1·3%. Sediment mäßig wolkig, besteht aus massenhaften Oxalatoktaedern, keinen roten Blutkörperchen, mäßig Leukozyten, einigen Platten- und Nierenzellen; keine Zylinder.

24. Nov. Da die Schmerzen nicht nachlassen, wird die Quecksilberschmierkur angeordnet. Alle anderen Medikamente ausgesetzt.

7. Dez. Urin: klar, bernsteingelb, sauer, 1·015, kein Serum, kein Nukleoalbumin, keine Galle, kein Indikan, Urea 1·1%. Sediment wolkig, besteht aus einigen Leukozyten, zwei hyalinen, einem granulierten Zylinder, massenhaft kleinen, winzigen Oktaedern von oxalsaurem Kalk.

8. Dez. Letzte Nacht gut geschlafen, ohne Morphium. Bewegte das Bein besser und hatte keine so großen Schmerzen wie früher.

15. Dez. Befindet sich besser. Kann das Bein nach allen Richtungen hin bewegen, ohne Schmerzen. Patellarreflexe am kranken Bein geringer als am gesunden.

17. Dez. Hatte nur hie und da einen schießenden Schmerz an der Vorderseite des Oberschenkels und an der Innenseite des Knies, in der Inguinalbeuge und in der Hüfte. Das Strecken der Adduktoren beim Gehen ist noch schmerzhaft.

21. Dez. Sehr geringe Schmerzen, kann schlafen ohne Schmerzen.

Urin: dunkel, bernsteingelb, trüb, sauer, 1·020, kein Zucker, kein Serum, kein Nukleoalbumin, exzessiv Indikan. Harnstoffe 0·9%. Sediment mäßig, besteht aus einigen Leukozyten, mäßig zahlreichen, länglichen, polygonalen und geschwänzten Zellen des Beckens, einigen Nierenzellen, einigen mittelweiten hyalinen und granulierten Zylindern, einigen dicken Epithelialzylindern, massenhaften Oxaloktaedern, einigen Drusen von, den roten Blutkörperchen ähnlichen, braungelben Scheiben von Oxalaten.

18. Jan. Berichtet, daß er nur noch hie und da Schmerzen im oberen Teile des rechten Beines hat. Diagnose: Ischias luetica, transitorische Oxalurie.

Mr. R. A. N., 32 Jahre, Schneider.

30. Jan. 1907. Zwei Tage vor Weihnachten erkrankte er mit Schmerzen in beiden Beinen, Fieber, allgemeiner Schwäche, Halsweh. Kein Kreuzschmerz, kein Kopfschmerz. Hierauf begann ein Schmerz hinter dem Proc. mast. gegen den Scheitel ausstrahlend, mehr bei Nacht als bei Tag. Guter Appetit, jeden Tag Stuhl. Schläft infolge der Kopfschmerzen schlecht. Alle diese 5 Wochen hatte er einen sehr heißen Kopf, keine Schüttelfröste! Puls: 84, Ton.: 100. Lunge, Herz, Milz: normal. Ord.: Aspirin, Phenacetin, Koffein.

1. Febr. Die Schmerzen sind beinahe ganz verschwunden auf Aspirin.

Urin (frisch): berstein, trüb, sauer, 1·024, Spur Albumin, kein Zucker, bedeutend Indikan. Sed.: zahlreiche kubische und geschwänzte Nierenzellen, einige kurze, mittelweite, granulierte Zylindroide, massenhaft Prismenoktaeder, von mittelgroßem Oxal. Diagnose: transitorische Oxalurie mit Neuralgie.

Mrs. G., 49 Jahre.

20. Juni 1906. Seit $^1/_2$ Jahr Menopause. In den letzten Monaten viel Aufregung durchgemacht: Mutter mittellos geworden, Bruder durch Selbstmord geendet. In den letzten Jahren bekommt sie Anfälle von Kältegefühl mit Ameisenlaufen in den Fingern und in den Zehen. Die Haut in den Fingerspitzen ist oft gerunzelt und sehr empfindlich. Hat in der Nacht Hämmern im ganzen Kopfe wie ein Dynamo, was sie vom Schlafen abhält. Jene Parästhesien wechseln sehr oft ab in den Füßen und Armen. Ansammlungen von Winden im Rektum während jener Anfälle. Wenn sie Kaffee oder Alkohol trinkt, befindet sie sich besser und jene Sensationen verschwinden. Wenn sie still sitzt, nicht viel herumgeht, sind alle Symptome viel ärger. Herz: nichts Abnormes. Puls: 68, Ton.: 115 (!), Pup. Pat.: normal, kein Tremor digitor. Haut: Sensibilität normal. Ohren: beiderseits retrahierte Trommelfelle.

Urin: lichtbernstein, etwas trüb, neutral, 1·023, kein Serum, Spur Nukleoalbumin, keine Galle, kein Indikan. Urea 2·1%. Sed. (wolkig): bedeutende Leukozyten, kein Zylindroid, massenhaft winzige Oxaloktaeder. 24 Stunden später: idem.

22. Dez. Sie hat seit 2 Tagen fortwährend Erbrechen mit Schmerzen durch das rechte Hypochondrium, ausstrahlend in den Rücken rechts bis zu den Schultern. Das Mesotan hat ihr ein Erythem verursacht. Wenn sie tote Fliegen sieht, bekommt sie schon Brechreiz. Hat das Gefühl des Rauhseins über der Gallenblase. Stuhl war dunkel geblieben, das Erbrechen war nicht gallig.

Urin (frisch): klar, bernstein, weißer Schaum, sauer, mäßig Serum und Nukleoalbumin, 1·023, kein Zucker, mäßig Indikan. Sed.: leicht sauer, zahlreiche Leukozyten, mäßig zahlreiche Sargdeckelkristalle, einige Plattenzellen und Bakterien. Sonst nichts. Ord.: Karlsbad, Aspirin. Diagnose: Oxaluria transitoria—Cholelithiasis (?).

H. M. P., 36 Jahre.

15. März 1902. Erkältet sich sehr oft und hustet. Sehr oft nach den Mahlzeiten Gase im Magen, Aufstoßen ohne Geschmack. Konstipation seit Jahren. Früher sehr oft Fieber und Schüttelfröste, namentlich bei Konstipation; seitdem er Cascara nimmt, kommt dieser Anfall nicht mehr. Oft Muskelschmerzen, Lumbago. Appetit sehr gut, schläft gut. Bei längerem Stehen

bekommt er Herzklopfen; schon als Kind mußte er das Turnen aufgeben und mit Kaffee zu trinken aufhören; viel leichter bemerkt er es beim Stiegensteigen, er wird müde. Seine Beine und Arme »schlafen oft ein«. Puls: 64, Ton.: 105. Pat.: beiderseits normal. Pup.: links normal, rechts träge. Lunge, Herz, Leber, Milz: normal. Rechte Niere im ganzen Umfange palpabel. Linke Niere: untere Hälfte palpabel. Magenprolaps: C. major $5^1/_2$ *cm* unterhalb umbil., Pylor. 9 *cm* zur rechten von der Medianlinie, Fundus $8^1/_2$ *cm* nach links. Proc. xiph., umbil. Distanzen: $16^1/_2$ *cm* liegend, 14 *cm* stehend, $11^1/_2$ *cm* stehend, hustend. Blut: 100% Gowers. 61% neutral, polyn. 3% eosin., 2·5% gr. L., 31·5% L., 1·5 Übergangszellen, 0·5% basoph.

Urin (frisch): klar, sauer, 1·018, Spur Albumin, kein Zucker, kein Indikan, Urea 0·9%. Sed.: einige Leukozyten, einige mittelgroße Oxaloktaeder. Koloskopie: nichts Abnormes, ein externer Knoten (Kissingen), abdom. supporter, Diät f. Konstipation (v. Noorden).

1. Mai 1907. Klagt über Hinterkopfschmerzen, namentlich des Morgens, Kreuzschmerzen in der Nierengegend, wieder Konstipation. Solange er das Öl nimmt, hat er keine Konstipation.

Urin (frisch): leicht trüb, sauer, leichteste Spur Albumin, Spur Indikan. Sed. (3 Tage): massenhaft amorphe Urate, mäßig zahlreiche kleine und mittelgroße Oxaloktaeder.

6. Juni. Ißt jeden Tag Erdbeeren, klagt seit 3 Wochen über Schmerzen in den Ansätzen der Nackenmuskeln, in den Lendenmuskeln und ganz dumpf des Morgens, kann gar nicht denken!

Urin: bernstein, klar, sauer, mäßig Albumin, kein Indikan. Sed.: massenhaft kleine Oxaloktaeder, mäßig zahlreiche Leukozyten, kein Zylindroid, keine Spermatozoen, 6 Tage später: massenhaft amorphe Urate, zahlreiche mittelgroße Oxaloktaeder, keine Bakterien. Ord.: viel Bewegung, Oxaldiät, Aspirin, Kissingen. Diagnose: Gastroptosis c. constipatione. Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

Mr. F. A. R., 41 Jahre, Maler.

20. Okt. 1906. Klagt über Schmerzen quer über das Kreuz in letzter Zeit. Hatte diese auch schon vor ein und zwei Monaten, etwa einen Tag dauernd. Sitzt beim Malen in aufrechter Stellung mit eingesunkenem Rücken. Herzklopfen nach dem Essen, nervös. Potus, Tabak im Übermaß zugegeben. Pat.: beiderseits erhöht. Pup.: normal. Herz: Ton rein, aber laut schlagend! Beide Lumbalgegenden bei gewisser Bewegung sehr schmerzhaft.

Urin (frisch): bernstein, klar, Spur Alb., sauer, 1·011, bedeutend Indikan. Sed. (24 Stunden): besteht ausschließlich aus hellgrünen, obenan schwimmenden, lang ausgezogenen und wie abgehackte Ecken zeigenden Oxaloktaedern und schön ausgebildeten mittelgroßen Oktaedern am Grunde des Urintropfens. Ord.: Mesotan. Aspirin.

8. Nov. Auf Aspirin verschwindet der Lumbago gänzlich. Seit 2—3 Tagen kein Kissingen genommen.

Urin (frisch): dunkelbernstein, etwas trüb, leicht alkalisch, leichteste Spur Alb., keine Galle, massenhaft Indikan. Sed.: Schleim, einige amorphe Phosphate und mäßig zahlreiche winzige Oxaloktaeder an Schleimfäden angelegt, einige kubische Zellen. 24 Stunden später: Alkal., mehr zahlreiche mittelgroße Oxaloktaeder, frei und an Schleimfäden angelegt, amorphe Phosphate. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

Mr. W. U. S. N., Kapitän.

15. Okt. 1906. Klagt seit einem Fall auf den linken Arm über Schmerzen im linken Daumen, im linken Vorderarm und auch in der Schulter. In der letzteren hatte er jenes rhreumatische Ziehen schon vorher gehabt. Die rohe Kraft der linken Hand ist geringer! Puls: 70, Ton.: 180.

Urin (Tagesurin): dunkelbernstein, klar, sauer, 1·024, kein Alb., kein Zucker, Spur Indikan, Urea 1·5%. Sed. (5% wolkig): besteht ausschließlich aus massenhaft großen und kleinen Ellipsoiden und Hexagonen und großen Oktaedern von Oxalaten und einigen Leukozyten.

17. Okt. Urin (frisch): bernstein, klar, sauer, 1·014, Urea 1·2%, Spur Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (wolkig): einige Leukozyten, einige kubische Nierenzellen, einige Plattenzellen, beträchtliche mittelgroße Oxaloktaeder und Ellipsoide. 4 Tage später: sauer, massenhaft mittelgroße Oktaeder und Ellipsoide von Oxal. Ord.: Kissingen, Diät, Oxal. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

Miß E. E., 23 Jahre, Dienstmädchen.

7. Aug. 1906. Ist »immer schwach«, schmerzhaftes Gefühl hinter dem rechten Schulterblatte und in der rechten Kreuzbeingegend. Schläft gut, guten Appetit, jeden Tag Stuhl, Menses alle 4 Wochen, anfangs schmerzhaft, sehr wenig blutend, 2 Tage dauernd. Kein Husten.

Organe normal. Uterus (virgo) antefl., klein. Druckempfindlichkeit der Nacken- und Halswirbel. Pat. und Pup.: beiderseits normal. Muß des öfteren und nur ein wenig urinieren.

Urin (Katheter): bernstein, klar, sauer, kein Serum, kein Nucleoalbumin, 1·020, kein Zucker, kein Indikan. Sed. (24 Stunden): zahlreiche große Oktaeder, vollständig oder gebrochene Ecken zeigend, oder sargdeckelähnlich, sehr stark lichtbrechend, von Oxal, einige Leukozyten. Ord.: Arsen, kalte Bäder.

21. Aug. Nicht mehr so viel Nacken-, wohl aber Kreuzschmerz. Menses unverändert. Im ganzen subj. besser.

Urin (Katheter): bernstein, klar, sauer, kein Alb., kein Indikan. Sed.: Schleim, einige kubische und Pflasterzellen, mäßig zahlreiche, mittelgroße Oxaloktaeder. 24 Stunden später:

idem, sauer, mäßig zahlreiche, große, schön ausgebildete, kleine Oxaloktaeder.

27. Aug. Hat Schmerzen in der linken Bauchgegend, ausstrahlend in den Rücken. Kein Appetit, Brechreiz nach jedem Essen. Stuhl jeden Tag.

Urin (Katheter): sauer, bernstein. Sed. (frisch): einige Plattenzellen, mäßig zahlreiche mittelgroße Oxaloktaeder. 24 Stunden später: idem, massenhaft amorphe Urate. Ord.: Karlsbad, Arsen. Diagnose: Oxalurie κατ' ἐξοχήν.

Mrs. M., 65 Jahre, G. 182 lbs.

27. Aug. 1906. Klagt über Schmerzen in der oberen Brust, ausstrahlend in beide Arme, wenn sie etwas bergauf gehen muß. Sie hustet während der Anfälle, am meisten des Morgens. Bei feuchtem oder regnerischem Wetter ist es ärger. Beim herzlichen Lachen bekommt sie plötzlich Schmerzen in der rechten Unterrippengegend, manchmal auch in der linken oder bei plötzlicher Bewegung. Nicht konstipiert. Appetit ist gut. Hie und da Herzklopfen, das aber früher ärger war. Hatte 7 Kinder. Die ersten zwei leben, die anderen starben in der Jugend. Hängebauch. Adipositas. Thorax faßförmig. Puls: 72, regelmäßig, etwas arteriosklerierter. Ton.: 132 (!).

Lunge: exspiriert, verlängert und giemend.

Herz: nichts Abnormes hörbar, außer daß zweiter Aorten- und Pulmonalton akzentuiert ist; entlang dem rechten zweiten und dritten Interkostalraum sehr druckempfindlich, vorn und in der Axillaris, so auch links.

Urin (Katheter): bernstein, klar, alkalisch, 1·014, exzessiv Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, kein Indikan. Sed.: einige Nierenzellen und hyaline Zylindroide, einige rote Blutkörperchen, sonst nichts. 24 Stunden später: mäßig kleine Oxaloktaeder. Ord.: Karlsbad, Antipyrin, Koffein.

22. Sept. Puls: 174, $^3/_4$ lbs. (hat 5 lbs. abgenommen). Hat jeden Tag Stuhl. Hustet aber wieder mehr, seitdem das feuchte Wetter eintrat, namentlich des Morgens und Abends. Gegen die Schmerzen in der Brust nimmt sie Antipyrin, Koffein. Die Schmerzen verschwanden und kamen nicht wieder seit einiger Zeit.

Urin (Katheter): dunkelbernstein, klar, sauer, 1·021, beträchtlich Albumin, kein Indikan. Sed.: Schleim, mäßig zahlreiche Nierenzellen, grob granulierte, mäßig zahlreiche, dicke und dünne epitheliale Zylindroide, einige hyaline Zylindroide, ein Hämatoid und ein Fettzylindroid. 48 Stunden später: massenhaft Oktaeder von schöner Gestalt und lang gestreckte, etwas gelbliche, stark glänzende Oxaloktaeder sowie auch Übergangsformen von der ellipsoiden zu der den roten Blutkörperchen ähnlichen Scheibenform mit

dellenförmiger zentraler Vertiefung. Ord.: Jodkali, Kissingen. Entfettungskur.

5. Okt. Klagt die beiden letzten Wochen fortwährend über Husten bei Tag und Nacht. Wird nicht so kurzatmig wie früher. Bekommt keinen Asthmaanfall. Stuhlgang jeden Tag. Verliert an Gewicht.

Urin (Katheter): 120 ccm, bernstein, trüb, sauer, 1·022, Spur Indikan, Spur Albumin, kein Zucker. Sed.: Schleim, mäßig zahlreiche kubische Zellen, einige Nierenzellen, ein epitheliales Zylindroid, einige rote Blutkörperchen und Oxalformen. Lunge: überall verlängertes Atmen und Giemen.

3. Nov. Gewicht: 164¾ lbs. Hat etwa 18 lbs. seit dem Beginne der Behandlung verloren und fühlt sich bedeutend besser, atmet besser, bekommt kaum einen Asthmaanfall. Lunge: kein bronchitisches Geräusch. Herz: nichts Abnormes hörbar.

Urin (Katheter): bernstein, klar, neutral, 1·014, mäßig Albumin, kein Zucker, kein Indikan. Sed.: Schleim, Nierenzellen, einige epitheliale und hyaline Zylindroide, einige »rote Blutkörperchen«, Oxal. 3 Tage später: leicht alkalisch, massenhaft Bakterien, mäßig zahlreiche kleine Oxaloktaeder.

6. Dez. Gewicht: 136 lbs. Lunge: links hinten unten etwas bronchitisch.

Urin (Katheter): bernstein, leicht trüb, sauer 1·020, Spur Albumin, kein Zucker, Spur Indikan. Sed.: massenhaft amorphe Urate, einige kleine Oxaloktaeder, einige Leukozyten, sonst nichts. Ord.: Jodkali. Diagnose: Adipositas, Emphysem, Oxaluria. Nephritis chron.

W. P., 33 Jahre, Schneider, Gew. 140 lbs.

6. Sept. 1906. Er expektoriert grau, schleimig, hüstelt in den letzten Jahren. Kein Nachtschweiß. Jeden Tag Stuhl. Ziemlich guten Appetit. Schläft ziemlich gut. Wird leicht müde im Kreuz, in beiden Lumbalgegenden, schon von Jugend an, da er als Knabe schwere Sachen heben mußte. Vor zwei Jahren verschwanden diese Schmeren auf Massage, kamen aber in den letzten Wochen wieder zurück. Der Schmerz strahlt entlang der rechten Inguinalgegend in den rechten Testikel aus; muß auch oft urinieren! Niemals Gonorrhöe gehabt, keine Lues. Ein Kind, 2 Jahre alt, gesund. Manchmal glaubt er, die Lunge sei schwach. Eigentümlich blaß im Gesicht!

Urin (a. m.): bernstein, klar, sauer, Spur Alb., kein Zucker, mäßig Indikan. Sed.: mäßig zahlreiche Leukozyten, Pflasterzellen und mäßig zahlreiche winzige Oxaloktaeder. 24 Stunden später: idem, aber die Oxaloktaeder sind nicht mehr winzig, sondern »klein und schön ausgebildet«.

Urin (p. m.): S. 1·027, bernsteingelb, klar, mäßig Serum und Nukleoalbumin. Sed.: Schleim, einige kleine winzige Oxaloktaeder, einige kubische Zellen, sonst nichts.

Lunge, Herz, Leber, Milz, Nieren, Pat., Pup.: nichts Abnormes. Ord.: Diät für Oxal (Cantani), kalte Bäder jeden Morgen, Kissingen, Aspirin.

15. Sept. Hat keine Schmerzen im Kreuz mehr, auch keinen Husten; subj. viel besser. Jeden Tag Stuhl. Schläft gut. Lunge: nichts Abnormes.

Urin: bernstein, klar, sauer, 1·022, kein Alb., kein Zucker, mäßig Indikan. Sed. (5%): weiß, besteht aus amorphen Phosphaten, die sich auf Acid. acet. dilut. auflösen und zahlreiche große und winzige Oxaloktaeder erscheinen lassen, sowie dreiseitige, spitz zulaufende Prismenstäbchen, einzeln oder in Stern- oder Flügelformen, stark lichtbrechend, zahlreichen Hefezellen, einigen Leukozyten. 4 Tage später: idem, leicht alkalisch, massenhaft Bakterien, mäßig zahlreiche mittelgroße Oxalate, zahlreich sternförmige, lichte Phosphatkristalle und amorphe Phosphate.

27. Okt. Nimmt kein Kissingen mehr, wohl aber Natrium bicarb. und Lith. carb. 2—3mal täglich. Er befand sich wohl bis zur letzten Woche, wo er bei halb nach vorwärts gebückter sitzender Stellung (als »Schneider«) in beiden Lumbalgegenden in das Perineum ausstrahlende Schmerzen fühlte. Appetit, Stuhl, schläft gut.

Urin (frisch): bernstein, klar, neutral, 1·019, kein Alb., kein Zucker, leichte Spur Indikan. Sed. (frisch): Mucin, Leukozyten, einige Plattenzellen, kein Oxal. 3 Tage später (sauer): idem, Bakterien, kein Oxal. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

Mr. B. 3. Sept. Hat noch gelegentlich Schmerzen in der linken Nierenseite oder im Kreuz. Subj. bedeutend besser. Jeden Tag Stuhl, guter Schlaf, guter Appetit, kein Husten.

Urin (500 ccm): bernsteingelb, trüb, sauer, 1·030, Spur Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (frisch): massenhaft große und mittelgroße Oxaloktaeder, einige Spermatozoen und kubische Zellen, sonst nichts. 4 Tage später: idem, nebst zahlreichen hellen, messerschneidenförmigen Kristallen, oft zu Rosetten gruppiert, von einfachen Phosphaten.

Lunge: rechts und links hinten oben noch bronchitische Geräusche.

Herz: aufgeregte Aktion, aber kein Geräusch. Ord.: Natrium bicarb. 1·5, Lith. carb. 0·5. 1 Pulver gegen Schmerzen in der Nierengegend. Kissingen 5 Teelöffel täglich.

22. Sept. Hie und da noch Schmerzen in der linken Nierenseite und Kreuzschmerzen beim Aufstehen des Morgens. Die Natr. bic.-Pulver scheinen ihm den Schmerz in der Nierenseite zu benehmen.

Urin (morgens und abends): bernsteingelb, leicht trüb, etwas alkalisch, kein Alb., 1·018, kein Zucker, kein Indikan. Sed. (frisch): amorphe Phosphate, einige Leukozyten, kein Oxal, 48 Stunden später: idem, Bakterien. Ord.: idem, Mesotaneinreibungen.

20. Okt. Urin (500 ccm): bernsteingelb, trüb, alkalisch, 1·025, Spur Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (24 Stunden): meistens amorphe Phosphate, aber auch zahlreiche, mittelgroße Oxaloktaeder und mäßig zahlreiche Sargdeckelkristalle von Ammon. magn., keine Bakterien. 5 Tage später: idem, massenhaft Bakterien. Auf H_2SO_4-Zusatz lösen sich die Oxaloktaeder, auf Zusetzen von Acid. acet. lösen sich die Oxale nicht auf! Wohl aber bilden sich außerdem zahlreiche harnsaure helle Kristalle. Er klagt noch hie und da über beiderseitige Kreuzschmerzen. Lunge, Herz: nichts Abnormes. Ord.: idem, nebst gelegentlich Aspirin 0·5 5mal täglich. Diagnose: Oxalurie κατ' ἐξοχήν.

F. L., 29 Jahre, Lackierer.

6. Mai 1904. Verheiratet, 1 gesundes Kind. Klagt seit einem Jahr über ziehende Schmerzen hinten im Kreuz, den Lumbalmuskeln entsprechend, bald vorn in der Brust, bald im Magen, bald in den Waden. Manchmal leichte Kopfschmerzen tagsüber; des Morgens beim Erwachen befindet er sich sehr wohl, schläft gut, Appetit gut. Stuhl jeden Tag. Lunge, Herz, Leber: nichts Abnormes. Milz: gerade palpabel (hat »Unterleibsentzündung« vor 14 Jahren gehabt, vor 7 Jahren Appendizitis eine Woche lang, seitdem gut). Pat.: beiderseits gesteigert, Tremor digit. mäßig. Pup.: prompt auf Licht und Akkommodation.

Urin: bernstein, klar, sauer, 1·015, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, mäßig Indikan, Urea 1·4%. Sed.: mäßig, weißlich wolkig, meist mittelgroße Oxaloktaeder, einige kubische Nierenzellen, einige Plattenzellen. Ord.: Kissingen, Diät für Oxal.

23. Mai. Hat gar keine Schmerzen mehr, subjektiv sehr wohl, Pat.: noch erhöht. Während er früher sehr oft urinieren mußte und Brennen während der Miktion hatte, kann er den Urin jetzt viel länger halten und hat kein Brennen mehr.

Urin (nach 24stündigem Aussetzen von Kissingen): klar, sauer, leichteste Spur Alb., kein Indikan. Sed. (sehr gering): kein Oxal, einige Leukozyten. Ord.: Kissingen fortsetzen. Dignose: Oxalurie κατ' ἐξοχήν.

Mr. H. B., 29 Jahre.

20. Mai 1907. Klagt über Kreuz- und Nackenschmerzen, erstere seit 8—10 Jahren, letztere seit 10 Tagen. Hat auch Rheumatismus in den Knien.

Urin (frisch): bernstein, leicht trüb, sauer, 1·027, kein Alb., kein Zucker, mäßig Indikan, Urea 1·3%. Sed.: einige Leukozyten, einige Plattenzellen, mäßig Oktaeder von Oxal, einzeln und in Drusen.

1. Juni. Die Nacken- und Kreuzschmerzen sind geringer. Ißt jeden Morgen sehr viel Erdbeeren, auch manchmal des Abends, überhaupt viel Früchte. Nahm bisher Kissingen 3 T.

Urin: bernstein, trüb, alkalisch, kein Alb., 1·020, kein Indikan. Sed.: 5% amorphe Phosphate, einige Sargdeckelkristalle, einige Plattenzellen, sonst nichts. Ord.: Kissingen 3mal 1 Teelöffel.

26. Juni. Hat keine Kreuz- und Nackenschmerzen mehr, aber er hat keinen Appetit, hatte 2 Tage lang Schmerzen nach den Mahlzeiten, etwas Husten. Ist ambitionslos. Keinen Stuhl seit 2 Tagen.

Urin (frisch): bernstein, klar, sauer, kein Alb., mäßig Indikan. Sed. (24 Stunden): zahlreiche mittelgroße und kleine Oxaloktaeder, einige Plattenzellen, Bakterien. Ord.: Tinct. Chin. Calomel. Diagnose: Oxalurie κατ' ἐξοχήν.

Mr. W. J. S., 37 Jahre.

12. Juli 1907. Klagt über »Neuralgien« im ganzen Körper, namentlich aber im rechten Testikel die ganze Zeit, manchmal in der Schulter, im Hinterkopf. Wird, wenn er nicht arbeitet, mehr nervös. Schläft gut. Hat guten Stuhl. Er bekommt anfallsweise Diarrhöe und befindet sich nachher besser. Es scheint ihm, als wenn etwas durch die Diarrhöe aus dem Körper entfernt würde und ihn besser machte.

Urin (frisch): sauer, bernstein, trüb, leichte Spur Alb., mäßig Indikan, kein Zucker. Sed. (frisch): massenhaft mittelgroße Oxaloktaeder, einige Spermatozoen, sonst nichts. Lunge, Herz, Leber, Nieren: nichts Abnormes. Testikel: nichts Abnormes. Beide Inguinalringe offen. Pat., Pup.: normal. Skrobikulus und Unterstern seit der Geburt eingepreßt! Diagnose: Oxalurie κατ' ἐξοχήν.

Mr. E. F., 40 Jahre.

10. Juni 1904. Klagt über Schmerzen auf einem talergroßen Stück in der Mitte des Kreuzbeines. Auch nervös. Die Schmerzen strahlen oft in das rechte Bein aus, namentlich beim Rücken. Früher öfter Brennen beim Urinieren. Oft Kopfschmerzen.

Urin: bernstein, trüb, leicht sauer, 1·021, kein Alb., kein Zucker, keine Galle, exzessiv Indikan, Urea 2·5%. Sed. (weißwolkig): einige Leukozyten und Nierenzellen (fein granuliert), massenhaft mittelgroße Oxaloktaeder einzeln und in Gruppen.

13. Juni. Kor.: gut. Reflexe: normal.

Urin (frisch): 1·020, schwach sauer, klar, bernsteingelb, kein Alb., Spur Indikan. Sed.: mäßig zahlreiche, feingranulierte Leukozyten, mäßig zahlreiche mittelgroße Oxaloktaeder. Diagnose: Oxalurie κατ' ἐξοχήν.

Mr. F. Sr., 74 Jahre.

8. Juli 1906. Seit 14 Tagen Schmerzen, Rötung und Schwellung im rechten Metatarsophalangealgelenk der großen Zehe. Die Schwellung war vor 2 Wochen bedeutend größer, derzeit noch Rötung und Schwellung, die namentlich an der Medianseite schmerzhaft ist.

seit gestern auch Rötung, Schwellung und Schmerzen am Dorsum des III. Metatarsus entlang der Sehne.

Urin (frisch): bernstein, sauer, 1023, mäßig Serum und Nukleoalbumin, bedeutend Indikan, Salizyl pos., Urea 1·5%, kein Zucker. Sed.: mäßig zahlreiche, sehr große Oxaloktaeder oder vierseitige Prismen mit endständigen Oktaedern oder Kristalle, die auf der einen Seite sargdeckelförmig sind, auf der entgegengesetzten Seite vierseitige Pyramiden zeigen oder Bisquitformen und rote Blutkörperchenformen in Gruppen und einzeln. 48 Stunden später: idem, sauer. Ord.: Aspirin, Mesotan. Burrowlösung für Umschläge. Diagnose: Oxalurie κατ' ἐξοχήν.

Mr. G. M. B., 25 Jahre.

15. Nov. 1906. Vor 4 Jahren die erste Gonorrhöe, 4 Monate dauernd. Vor 2 Jahren die zweite Gonorrhöe, 3 Monate dauernd. Vor 3 Jahren bekam er Schwellung, Schmerz und Fieber im rechten Sprunggelenk, dann im rechten Fußball, später an der Außenseite des Fußes; obwohl er kaum gehen konnte, arbeitete er weiter. Später kamen die Schmerzen in den Rücken, in beide Hüften, beide Schultern, beide Ellbogengelenke. Die Hände blieben frei. Er ging nach den Schwefelbädern und wurde in 6 Monaten gesund. Vor 1½ Jahren kamen dieselben Erscheinungen zurück und blieben 2 Monate bestehen. Unter anderem verwendete er auch Jod zu dieser Zeit. Den letzten Anfall, der seitdem mehr oder weniger lang dauerte, hat er seit 1 Jahr. Seit 1½ Wochen konstipiert.

Urin (frisch): I. klar, einige weiße Punkte. II. klar, bernstein, neutral, mäßig Alb., kein Zucker, exzessiv Indikan. III. (nach Ausdrückung der Prostata) trüb, von massenhaften Eiterkörperchen, kubischen Prostatazellen und Sperminkugeln, keine Gonokokken. (Die weißen Punkte des Urin I zeigen keine Gonokokken.) Pat.: links etwas höher als rechts. Pup.: normal. Dermogr.: mäßig. Herz: Spitze hebend im 5. Interkostalraum in der Mam. 2. Aortenton akzentuiert. Töne rein. Lunge: einige zerstreute bronchitische Geräusche.

Urin (24 Stunden): bernsteingelb, klar, mäßig sauer, 1·025, mäßig Alb., exzessiv Indikan, Urea 2·2%. Sed. (24 Stunden): massenhaft kleine und mittelgroße Oxaloktaeder, einige Leukozyten und Plattenzellen, keine Bakterien. Ord.: Kissingen. Jodnatrium 30 : 300 1 Teelöffel 3mal. Heiße Salzfußbäder. Ichthyol-, Vasogeneinpackungen über Nacht.

26. Nov. Hat viel weniger Schmerzen im Ansatz der rechten Achillessehne, im Os calcan. und der Planta pedis. Aponeurosis am Os calcan. Etwas druckschmerzhaft in der Tuberosität des 5. Metatarsus und in der Tiefe der Planta am Os calcan.

Urin (frisch etwa 60 ccm): licht, hell, klar, neutral, Spur Indikan. Sed. (4 Tage gestanden): Bakterien, Hefezellen, sonst nichts.

Urin (24 Stunden): licht, bernsteingelb, klar, azid, 1·027, kein Alb., kein Zucker, mäßig Indigorubin. Sed. (3 Tage): sauer, kein Oxal., massenhaft Bakterien.

9. Dez. Während er früher gar nicht Stiegen abwärtssteigen konnte, geht es jetzt bedeutend leichter. Subj. sehr wohl.

Urin (frisch): 180 ccm, licht, bernstein, klar, alkalisch, 1·020, kein Alb., mäßig Indigorubin. Sed. (4 Tage): Bakterien, kein Oxal. Diagnose: Rheumatism. gonorrh. Oxaluria transitor.

Mr. F. V., 27 Jahre, Bäcker.

19. Mai 1904. Seitdem er Schulkind war, hat er onaniert, immer Wollustgefühl dabei. Hie und da Pollutionen in der Nacht. Bei hartem Stuhlgang einen klebrigen Ausfluß aus der Harnröhre. Letzten Sommer noch koitiert, im letzten Winter nur einmal koitiert. Seitdem überhaupt keine Libido und keine Erektionen. Keine hereditäre Belastung. Lunge, Herz, Leber: normal. Milz: palpabel. Blaß! Hoden, Varikokele, Penis: schlaff, Prostata: normal groß, elastisch. Vesicul. semin.: vogeldarmförmig, palpabel, nicht geschwollen. Lumbodorsalwirbel etwas druckempfindlich: Pat., Pup.: normal.

Urin: 1·020, alkalisch, kein Alb., Phosphate. Ord.: Strychnin, Coc. Hydrotherapie. Faradisation.

1. Juni. Urin: Sed. (wolkig licht): massenhaft winzige Oxaloktaeder. Ord.: Kissingen.

17. Juni. Klagt noch immer über »Schwächen« im Kreuz.

Urin (nachdem er 12 Stunden lang kein Kissingen genommen hat): sauer, 1·021, Spur Indikan, mäßig Serum und Nukleoalbumin. Sed.: massenhaft Spermatozoen, bewegungslos, einige Prostataamyloide, kein Oxal. Ord.: Hämoquinin Shiefflin, Kissingen.

28. Juni. Keine rohen Früchte gegessen. 18 Stunden vorher das letztemal Kissingen genommen.

Urin: bernstein, klar, sauer, 1·022, mäßig Indikan, kein Alb. Sed. (mäßig wolkig): massenhaft winzige und mittelgroße Oxaloktaeder, einzeln und in Drusen. Hie und da Leukozyten und einige kubische Nierenzellen, keine Spermatozoen, keine Zylinder.

30. Juni. Klagt über fortwährende Schmerzen, namentlich des Morgens, ein »Wehgefühl« in der rechten Nierengegend, ausstrahlend entlang dem Ureter, oft in die Innenseite des rechten Beines. Stuhlgang jeden Tag. Subj. im allgemeinen »stark«. Ord.: Kissingen. Diät für Oxal. Strychnin, Coc., Hydrotherapie.

16. Juli. Fühlt wieder jene »Schwäche« im Rücken; guten Appetit; hie und da Erektionen bei Mädchenumgang.

Urin (nachdem er 48 Stunden kein Kissingen genommen hat): licht, klar, sauer, 1·019, mäßig Indikan, Spur Serum und Nukleoalbumin. Sed.: mäßig zahlreiche Spermatozoen, einige wenige Oxaloktaeder, Bakterien. Ord.: Kissingen aussetzen. Strychnin, Coc., Liquor arsen.

9. Aug. Hat nicht soviel Kreuzschmerzen, auch 1mal Pollution bei Erektion gehabt, bekommt überhaupt jetzt öfter Erektionen und befindet sich subj. besser. Stuhl, Appetit gut.

Urin: bernstein, klar, sauer, 1·020, mäßig Indikan, Spur Serum und Nukleoalbumin. Sed.: sehr zahlreiche mittelgroße Oxaloktaeder, einzeln und in Drusen, einige Leukozyten und fein granulierte Nierenzellen, ein dünn granulierter Zylinder.

1. Sept. Fühlt Völle im Magen und ist appetitlos. »Fieberisch« trocken im Hals. Puls: 60; ganz nervös. Zunge etwas belegt, etwas konstipiert. Hat aber meistens jeden Morgen gute Erektionen!

Urin: bernstein, trüb, sauer, 1·025, kein Zucker, Spur Indikan, leichte Spur Serum und Nukleoalbumin. Sed.: mäßig zahlreiche, große Oxaloktaeder, einige Leukozyten, keine Zylinder. Ord.: Medizin aussetzen einige Tage, bis der Magen sich besser fühlt, nachher Peptomangan Gude und Arsen.

22. Sept. Hatte vor 2 Wochen des Morgens Brechreiz, Schwindel und Üblichkeit gehabt, die nach 1—2 Tagen gutem Stuhl verschwanden. Er glaubt sich den Magen »verdorben« zu haben; hat jeden Morgen Erektionen.

Urin (morgens, nachdem er abends vorher mit einem Mädchen gespielt und dabei Erektionen hatte): bernstein, klar, sauer, 1·020, leichteste Spur Alb., leichte Spur Indikan. Sed. (sehr gering): sehr zahlreiche große, hie und da mittelgroße Oxaloktaeder, einzeln und in Drusen, zahlreiche Spermatozoen, einige Leukozyten. Ord.: idem, außer 1 Messerspitze Magn. citr. nach jeder Mahlzeit.

27. März 1907. Seit $1^1/_2$ Jahren verheiratet, Frau seit Juni schwanger. Vor 3 Wochen Kopfweh, engbrüstig, Fieber, schlechten Appetit. War immer konstipiert. Seitdem ist er viel magerer geworden, schläft aber gut. Wenn er aufhört zu essen, ist er noch nicht voll, fühlt sich aber nachher »aufgeblasen« und hat Stuhldrang, ohne daß mehr als Gas abgeht. Ist auch schwindlig, bekommt beim Laufen gar keine Luft, seine Beine und sein Rücken werden wieder schwach, genau wie vor 2 Jahren! Herz: nichts Abnormes.

Urin (morgens frisch): klar, licht, bernstein, sauer, 1·012, mäßig Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, Urea 0·9%. Sed.: massenhaft Spermatozoen, einige kubische Zellen und Plattenzellen, kein Oxal. 24 Stunden später: amphotere, einige den roten Blutkörperchen ähnliche Oxale! Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

Mr. F. H. B., 38 Jahre. Gew. 140.

29. April 1904. Klagt, seit 7 Monaten an Gewicht 12 lbs. abgenommen zu haben und seit dieser Zeit impotent zu sein: Er hat Ejacul. praematura. Lues, Potus neg., trinkt 3 Tassen schwarzen Kaffee täglich, raucht viel und koitiert interrupt. Frau 3mal Mißgeburt, von selbst, 1 gesundes Kind. In früherer Zeit hatte er oft Urindrang, dem er sofort nachgeben mußte oder es ging der Urin in die Hosen. Eigentümliche blasse Gesichtsfarbe. Lunge: links, hinten, oben Katarrh. Herz, Leber, Milz: normal. Patellar- und Bauchreflexe: erhöht. Prostata: normal, groß. Vesicul. semin.: nicht palpabel.

Urin (vor der prost. Untersuchung): bernstein, klar, sauer, 1·020, mäßig Indikan, Spur Serum und Nukleoalbumin, gelatinöse Fäden, bestehend aus bewegungslosen Spermatozoen mit eingerollten Schwänzen, einige kubische und zylindrische Zellen. Ord.: Kissingen Ichthyol gtts., Ergotin, Faradisation. 30. April. Morgenurin: bernstein, klar, sauer, 1·015, Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, Galle, mäßig Indikan, kein Eiter, Urea 1·4%. Sed.: einige Leukozyten, einige kubische und zylindrische Epithelien, keine Zylinder, massenhaft kleine und große Oxaloktaeder und Scheiben- oder Bisquitformen, mäßig Spermatozoen.

7. Mai. 1 lbs. an Gewicht zugenommen. Pflegte früher sehr oft einen scharfen Schmerz in der Gegend des rechten Lumbalmuskels zu bekommen, der bald verschwand und wiederkam. Spuckt nicht mehr wie früher. Subj. im allgemeinen besser. 2mal täglich Stuhl. Im letzten Jahre starke Morgenerektionen. Pat.: geringer.

Urin (abends und morgens gemischt, hat 24 Stunden kein Kissingen genommen!): bernstein, klar, sauer, 1·019, leichteste Spur Serum und Nukleoalbumin, Spur Indikan. Sed. (sehr gering, lichtwolkig): besteht aus zahlreichen kleinen und mittelgroßen Oxaloktaedern, mäßig Spermatozoen, einigen fettkügelchenhaltigen Nierenzellen. Ord.: kalte Sitzbäder, Faradisation, Ergotin, Kissingen, Ichthyol.

18. Mai. Klagt noch hie und da, namentlich wenn er kein Kissingen nimmt, über ein kitzelndes Gefühl in der Blase und entlang der Ureteren, auch Harndrang. Jeden Morgen, wie gewöhnlich, Erektionen, fühlt sich bedeutend stärker, hat 3 lbs. zugenommen. Pat.: rechts normal, links etwas erhöht. Lunge: normal bis auf ein sehr undeutliches, ganz leises bronchitisches Geräusch hinten oben.

Urin (24 Stunden kein Kissingen getrunken): bernstein, klar, leicht sauer, 1·022, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, Spur Indikan, Urea 1·9%. Sed.: mäßig Leukozyten, einige kubische Epithelien, mäßig zahlreiche große Oxaloktaeder, einige von ihnen abgebrochene Ecken zeigend, einzeln oder sehr winzig. Mäßig bewegungslose Spermatozoen.

28. Mai. Urin: klar, bernstein, neutral, 1·017, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Indikan. Sed.: einige Leukozyten, einige Spermatozoen, einige große Plattenzellen, kein Oxal.

8. Juni. Gewicht 144. lbs. Subj. bedeutend wohler! Klagt über etwas hungriges Gefühl im Epigastrium. Lunge (bis auf ein sakkadiertes Atmen rechts hinten oben): normal.

Urin (24 Stunden kein Kissingen genommen): klar, alkalisch, 1·015, mäßig Indikan, kein Alb. Sed. (sehr gering weiß): einige Spermatozoen, einige Leukozyten und stark lichtbrechende, eckige, weiße Schollen, hie und da kurze sechsseitige Prismen. Diagnose: Oxalurie κατ' ἐξοχήν.

B. B. R., 46 Jahre.

13. Juni 1904. Seit 6 Monaten fühlt er Praematura ejacul., Testalgien, nicht so gute Erektionen wie früher, seine Frau ist mit ihm nicht zufrieden. Nahm Prost.-Massage und Hydrotherapie 7 Wochen lang und fühlte sich nachher ganz gut. Nach seiner Rückkehr nach Hause wurde er wieder schlechter, während der Koitus in San Francisco außer dem Hause ihm ganz gut gelang. Klagt über Nackenmuskelschmerzen, die auf Massage und Aspirin zeitweilig verschwinden. Prostata: rechter Lappen normal, Mittellappen und linker Lappen etwas vergrößert und weich. Colliculus seminalis: sehr druckempfindlich. Urethra: passierbar für Bougie Nr. 18. Ord.: Rect. Cooler, jede Nacht und Morgen, Hydrotherapie, Massage, Psychrophor täglich. Auch heftige Schmerzen entlang Funicul. spermat., in den Hoden ausstrahlend! Varikokele seit 20 Jahren!

Urin: bernsteingelb, leicht trüb, normaler Geruch, sauer, 1020, etwas Serum, Spur Nukleoalbumin, kein Zucker, exzessiv Indikan. Urea 1·6% Sed.: einige Leukozyten und Nierenzellen, einige hyaline und epitheliale Zylinder, massenhaft kleine und mittelgroße Oxaloktaeder oder Hantelformen, einzeln und in Massen.

15. Juni. Hat keine Aprikosen, Paradeisäpfel, Rhabarber oder Kürbisse in den letzten 20 Stunden gegessen.

Urin (abends und morgens): bernsteingelb, trüb, sauer, 1026, kein Serum, Spur Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, Spur Indikan. Salicyl. Ac. pos. Urea 2·6%. Sed. (weißwolkig): einige Leukozyten, Nierenzellen, einige hyaline und mittelweite granulierte Zylinder, 1 langer dünner epithelialer Zylinder, zahlreiche Zylindroide, massenhaft große mittelweite und winzige Oktaeder und Hantelformen von Oxal, einzeln und in Gruppen oder in »Zuckerkandel«-Bündeln, mäßig Wetzsteinformen von Harnsäure, einzeln oder in Gruppen, einige Spermatozoen.

18. Juni: Hat sehr oft Schmerzen in der linken Lumbalgegend in letzter Zeit, oft tief drinnen, namentlich beim Aufstehen des Morgens.

23. Juni. Kann in meiner Gegenwart, trotzdem er schon drei Stunden lang nicht uriniert hat, keinen Urin lassen, wohl aber sofort, nachdem er allein auf das Waterklosett geht. Fühlt nicht mehr seinen Rheumatismus in der Schulter.

29. Juni. Urin: bernsteingelb, klar, alkalisch, 1025, kein Alb., mäßig Indikan. Sed.: einige hyaline Zylinder, einige Nierenzellen, mäßig amorphe Phosphate, kein Oxal.

15. Juli. Hat einmal koitiert, aber keine richtige Erektion gehabt.

Urin (trinkt Kissingen): trüb, alkalisch.

18. Juli. Berichtet, daß er letzte Nacht, da seine Frau mit ihm spät nach Hause kam und mit ihm zu spielen anfing, gut koitiert hatte.

Urin (3 Tage lang kein Kissingen getrunken, Pfirsiche gegessen): 1·020, sauer, klar, kein Alb., keine Galle, massenhaft Indikan. Sed.: zahlreiche hyaline Zylinder, kein Oxal.

1. Aug. Hatte vor 2 Tagen koitiert, wenngleich die Erektionen nicht besonders stark waren und die Ejakulation ziemlich bald kam.

3. Aug. Seit 48 Stunden kein Kissingen getrunken. Schmerzen in der Schulter nur gering. Hat letzte Nacht 3 Glas Champagner getrunken, in der letzten Zeit Kakes, Dill pickles, Aprikosen gegessen.

Urin: bernsteingelb, klar, normaler Geruch, sauer, 1·025, kein Serum, Spur Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, massenhaft Indikan. Urea 1·4%. Sed.: 10% lichtwolkig, einige lichtbraungelbe Scheiben. Nierenzellen, keine Zylinder, kein Oxal.

20. Aug. Hat normale Erektionen und koitiert, keine Testalgie. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν. Neurasthenia sexualis

Mr. G. W., 47 Jahre, Bureaubeamter.

27. Mai. Verheiratet, 1 Kind, 12 Jahre alt. Er verliert Samen im Urin, das Orifizium ist nach dem Urinieren klebrig. Praematura ejacul., sehr nervös. Wenn er Libido hat, hat er nicht immer Erektionen. Jeden Tag Stuhl. Kein Husten, niemals kurzatmig. Nach Aufregung etwas Kreuzschmerzen. Eigentümlich blasse Gesichtsfarbe. Lunge, Herz: normal. Pat.: beiderseits etwas erhöht. Pup.: normal. Dermogr.: etwas erhöht. Zunge: etwas gelblich belegt. Puls 72, Ton 100. Leber, Nieren, Milz: nichts Abnormes. Blut: 100% Gowers.

Urin (frisch): bernstein, trüb, sauer, 1·025, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan, Urea 1·3%. Sed.: mäßig Leukozyten, einige kubische Zellen, massenhaft winzige kleine Oxaloktaeder, meistens einzeln.

28. Mai. Urin (frisch): klar, sauer, 1·026, Spur Alb., kein Zucker, kein Indikan, Urea 1·5%. Sed.: bedeutend Leukozyten, einige Oxaloktaeder, mäßig Urate. Prostata: der linke Lappen enthält einen kleinen Knoten. Sekret (frisch) zeigt massenhaft Eiterkörperchen, mäßig rote Blutkörperchen.

Urin (frisch): bernstein, sauer, Spur Alb., Sed.: mäßig Eiterkörperchen, sonst nichts. 2 Tage später: idem, einige mittelgroße Oxaloktaeder. Diagnóse: Oxaluria κατ' ἐξοχήν. Neurasthenia sexualis.

R. P.

9. Mai 1904. Klagt über Sensationen in der Blase und entlang der Harnröhre.

Urin: klar, fein getrübt, kein Serum, kein Nukleoalbumin, sauer, Trübung bei Erwärmen des Urins sich aufklärend. Sed.: massenhaft kleine, winzige, wetzsteinförmige, harnsaure Kristalle und sehr schön ausgebildete Biskuitformen von Oxal. Ord.: Leinsamenwasser, Kissingen. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

A. L. S., 59 Jahre, ledig, Maler.

30. Sept. Uriniert seit 10—12 Jahren seht oft, auch in der Nacht 1—3mal, immer viel. Kein Tenesmus. Wenn es kalt wird, wird es viel ärger. Stuhl immer gut. Niemals Blutung im Urin, nicht ärger beim Fahren über holperige Wege; sonst fühlt er sich ganz gesund. Stuhlgang jeden Tag.

Urin (frisch): dunkelbernstein, klar, sauer, kein Indikan, Nylander pos., Trommer leicht pos. 3 Tage stehendes Sed.: mäßig zahlreiche mittelgroße Oxaloktaeder, einige kubische Zellen, einige Plattenzellen, sonst nichts. Zystoskopie: 3 Lappen der Prostata bedeutend in die mit Trabekeln ausgestattete Blase vorspringend. Kapazität 90 ccm. Prostata: beide Lappen sind vergrößert und derb.

3. Okt. Ißt sehr viel süße Sachen.

Urin (1 l): dunkelbernstein, klar, leicht sauer, 1·021, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (frisch): zahlreiche große Oxaloktaeder, mäßig zahlreiche, roten Blutkörperchen ähnliche Formen, einzeln oder in Haufen. 24 Stunden später: idem, außerdem massenhaft ganz winzige Oxaloktaeder. Ord.: Kissingen. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

Mr. J. C., 54 Jahre.

12. April 1904. Klagt seit 5 Monaten über Beklemmungsgefühl in der Vorderbrust, über Schmerzen, die über der Lebergegend anfangen und oft gegen die Blase nach unten ausstrahlen, mit Harndrang verbunden sind oder auch nach hinten ausstrahlen. Der Urin war während des letzten derartigen Anfalles mit einer Fettwolke überzogen. Appetit ist ganz gut. Pat.: beiderseits sehr erhöht. Pup.: normal. Lunge (bis auf rechte Apicitis): normal. Herz, Leber, Milz: nichts Abnormes.

Urin: klar, 1·025, sauer, Spur Alb., massenhaft Indikan. Sed. (1% wolkig): besteht aus massenhaften mittelgroßen Oktaedern und vierseitigen Prismen mit auf beiden Grundflächen aufgesetzten Pyramiden von Oxalkalk, so auch zahlreiche Scheibenformen. Einige fein granulierte Nierenzellen. Ord.: Karlsbad, Brom, Valerian.

13. April. Urin (morgens): bernstein, klar, sauer, 1·027, kein Alb., kein Zucker, keine Galle, Spur Indikan. Urea 2%. Sed. (3% wolkig): mäßig Nierenzellen, Zylindroide, keine Bakterien, massenhaft mittelgroße Oxaloktaeder, so auch massenhaft kleine, einzeln und in Drusen, auch »rote Blutkörperchen«-Formen.

5. Mai. Klagt noch über fortwährendes Beklemmungsgefühl in der vorderen Brust. Ißt ziemlich gut. Hat jeden Tag Stuhl. Pat.: beiderseits bedeutend erhöht.

Urin: bernstein, klar, neutral, 1·015, kein Alb., kein Zucker, keine Galle, mäßig Indikan. Urea 0·9%. Sed.: einige Leukozyten, einige Plattenzellen, einige Nierenzellen, sonst nichts. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

C. E. L., 19 Jahre, Student.

12. April 1906. Seit 3 Jahren klagt er über Schmerzen in beiden Lumbalgegenden, nach einem Pferdehufstoß aufgetreten. Vor $1^1/_2$ Jahren begann er dafür Medizin zu nehmen; wurde nach 6 Monaten besser. Vor 2 Monaten schwoll der rechte Testikel infolge eines Schlages mit dem Spielball während des Baseballspiels an und es erschien etwas Ausfluß aus der Urethra, der klebrig war. Nach 1 Woche wurde dies wieder gut. Vor 1 Monat bekam er wieder Schmerzen in der rechten Nierenseite, ausstrahlend entlang dem rechten Ureter, mit Brennen in der Urethra. 3—4 Tage vor dem letzten Anfall Schmerzen im rechten Skrotum. Hat auch etwas steifes Gefühl in der linken Nierenseite, aber keine Schmerzen, wie in der rechten. Niemals Gonorrhöe. Wenn er etwas heben will, so hat er bedeutende Schmerzen, wie wenn sein Leib in 2 Teile brechen wollte! Sonst im ganzen Körper gesund, jeden Tag Stuhl, kein Husten; keinen guten Appetit, keinen guten Schlaf. Ureterenkatheterisation: rechts Orific. ureteris spaltförmig; links Orific.: rund.

Urin (rechts): etwas trüb, licht, bernsteingelb, doppelte Menge als links sezernierend in derselben Zeit. Sed.: meistens Schuppen von kubischen, ein- oder mehrkörnigen Ureterepithelien, einige geschwänzte Zellen, mäßig zahlreiche Blutringe, einige Leukozyten, keine Kokken, keine Bakterien, bedeutend amorphe Phosphate, kein Oxal.

Urin (links): licht, bernsteingelb, trüb, alkalisch, mäßig Alb., Sed.: amorphe Phosphate, Kristalle von Ammon. magn., keine roten Blutkörperchen! Bedeutend Ureterepithelien, keine Leukozyten.

Urin (passiert, vor der Katheterisation, aus der Blase!): dunkelbernsteingelb, leicht trüb, 1·028, Spur Alb., kein Zucker, kein Gallenpigment. Urea 2·1%, bedeutend Indikan. Sed.: einige Leukozyten, massenhaft kleine und mittelgroße Oxaloktaeder, einzeln und in Drusen, einige Ellipsoide; einige mit Oxal bedeckte hyaline Zylinder, einige Eiterfäden.

17. April. Gibt an, daß er am 16. März 1906 den ersten Anfall von bedeutenden Schmerzen in der rechten Nierengegend hatte; am 3. Tag dieses Schmerzanfalles hatte er ein eigentümliches schmerzhaftes Gefühl entlang dem rechten Ureter und der Schmerz war plötzlich verschwunden. Er bemerkte nichts im Urin. Vor 8 Tagen hatte er wieder einen Anfall von leichten Schmerzen in der rechten Niere, 1 Stunde dauernd, der von selbst verschwand. Manchmal hat er rheumatische Schmerzen in der Außenseite des rechten Beines. Jeden Tag Stuhl.

Urin (frisch): hatte Urotropin 2 Tage lang bis gestern genommen (0·5 3mal): bernsteingelb, klar, sauer, kein Alb., kein Zucker, bedeutend Indikan. Sed. (24 Stunden): Schleim, einige kubische Zellen, zahlreiche winzige und mittelgroße Oxaloktaeder.

21. April. Klagt über schleimigen Ausfluß aus Urethra, zeitweise, meistens des Nachmittags oder abends (nicht am Morgen, auch nicht nach hartem Suhl), seit der Zeit, da er beim Ballspiel sich den Hoden verletzt hat. Fühlt heute mehr Steifheit in der rechten Lendenseite, nicht so wohl als zu der Zeit, da er Urotropin nahm.

Urin (abends und morgens): bernstein, klar, sehr sauer! 1·033, kein Alb., kein Indikan, kein Zucker. Urea 2·5%. Sed.: 10% volumetrisch, weiß, besteht aus massenhaft mittelgroßen Oxaloktaedern, einzeln und in Drusen, einige Leukozyten. Ord.: alkalischer Säuerling, Urotropin 0·5 3mal.

28. April. Hatte gestern und heute nach Einnahme des Urotropin Erbrechen (aber solchen Brechanfall hatte er schon früher), keine Schmerzen in der rechten Nierengegend. Er pflegte früher auf Wagen »seekrank« zu werden. Schläft 6—7 Stunden, jeden Tag Stuhl bis auf gestern.

Urin (300 ccm): sauer, klar, 1·026, kein Alb., kein Zucker, Spur Indikan. Sed.: einige Leukozyten, mäßig winzige Oxaloktaeder, einzeln und in Drusen. 48 Stunden später: sauer, idem, außer zahlreichen, messerklingenartigen, einzeln oder in Rosetten angeordneten Kristallen Gruppen von Diploc. ocem. Ord.: Natr. bicarb. 1·0, Lith. carb. 0·5. 2 Pulver täglich. Cantanis Diät für Oxal.

5. Mai. 3 lbs. an Gewicht zugenommen, subj. wohl, kein Schmerzanfall rechts, wohl aber ein dumpfes Gefühl daselbst.

Urin (von diesem Morgen 300 ccm): klar, bernstein, sauer, 1·030, kein Serum, bedeutend Nukleoalbumin, bedeutend Indikan, kein Eiter, Urea 1·8%. Sed.: massenhaft Spermatozoen, Sperminkugeln und massenhaft winzige Oxaloktaeder, einige größer, Samenblasenepithelien, keine Zylinder. 48 Stunden später: idem.

Urin (frisch): klar, bernsteingelb, Spur Nukleoalbumin, sauer, Sed.: meistens Schleim, mäßig Leukozyten und kubische Epithelien, einige winzige Oxaloktaeder. 48 Stunden später: sauer, leicht trübes und ziegelrotes Sediment, besteht aus amorphen Uraten, einigen den roten Blutkörperchen ähnlichen Formen von Oxal und mäßig zahlreichen mittelgroßen Oxaloktaedern, einige Eiterfäden.

12. Mai. Vor einigen Tagen, nach harter Feldarbeit, bekam er wieder Schmerzen in der rechten Nierengegend. Subj. ziemlich wohl, Appetit gut. Schlief letzte Nacht nicht gut. Vor zwei Monaten wog er 163 lbs., zu Beginn der Behandlung 140 und heute $146^3/_4$ lbs. Nimmt Kissingen (4—5 Teelöffel täglich) und Lithiumpulver.

Urin (300 ccm morgens): alkalisch, bernsteingelb, trüb, 1·030, kein Alb., kein Zucker, bedeutend Indikan. Sed. (frisch): bedeutend, lichtwolkig, besteht aus amorphen Phosphaten, Mucinfäden. Mäßig kubische und Plattenzellen, zahlreiche kleine und große, stark lichtbrechende Kügelchen. Keine Oxaloktaeder.

72 Stunden später: idem, alkalisch, kein Oxal, einige messerklingenförmige einfache Phosphate.

Urin ($1^1/_2$ Stunden, frisch): alkalisch, etwas trüb, bernsteingelb, 1·021, kein Alb., kein Zucker, bedeutend Indikan. Sed. (frisch): amorphe Phosphate, sonst nichts. 72 Stunden später: idem, kein Oxal.

18. Mai. 147 lbs. Letzte Nacht, nachdem er gestern viel Wasser getrunken, stark geschwitzt. Bis letzte Nacht 4 Teelöffel Kissingen täglich getrunken, gar nichts heute. Subj. sehr wohl. Keine Schmerzen, etwas steifes Gefühl. Appetit gut, ißt jetzt alles. Jeden Tag Stuhl, manchmal 2mal.

Urin (300 ccm von diesem Morgen): lichtbernstein, trüb, leicht alkalisch, 1·017, mäßig Indikan, kein Zucker, kein Serum, kein Nukleoalbumin. Sed. (frisch): weiß, besteht aus amorphen Phosphaten, einigen Plattenzellen, keine Bakterien, kein Oxal. 72 Stunden später: idem.

Urin (frisch, $1^1/_2$ Stunden in Blase gehalten): lichtbernsteingelb, trüb, alkalisch, 1·016, kein Alb., mäßig Indikan, kein Zucker. Sed. (frisch): amorphe Phosphate. 72 Stunden später: Bakterien, kein Oxal. Ord.: alles essen, 2 Teelöffel Kissingen täglich.

25. Mai. $149^1/_2$ lbs. Subj. sehr wohl. Fühlte sich aber »schwach« diese Woche. Keine Nierenschmerzen, außer bei plötzlicher Bewegung.

Urin (frisch): trüb, alkalisch, 1·025, kein Alb., kein Zucker, mäßig Indikan. Sed. (frisch): amorphe Phosphate, kein Oxal. 72 Stunden: idem, kein Oxal.

1. Juni. Subj. wohl. 147 lbs.

Urin (morgens 300 ccm): trüb, lichtbernstein, alkalisch, 1·026, kein Zucker, kein Alb., mäßig Indikan. Sed. (frisch): amorphe Phosphate, keine Bakterien, kein Oxal. 72 Stunden: massenhaft amorphe Phosphate, Sargdeckelkristalle, kein Oxal, massenhaft Bakterien.

Urin (frisch, hat seit 24 Stunden kein Kissingen genommen): trüb, dunkelbernstein, sehr alkalisch, 1·023, kein Zucker, mäßig Indikan, kein Alb. Sed. (frisch): amorphe Phosphate, keine Bakterien, kein Oxal. 72 Stunden: idem, Bakterien.

9. Juni: Subj. die ganze Woche wohl gewesen, keine Nierenschmerzen.

Urin (300 ccm morgens): klar, bernstein, alkalisch, 1·021, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (lichtwolkig): meistens Mucin, einige kubische und Leukozyten, kein Oxal, 72 Stunden später: idem, kein Oxal.

Urin (frisch): trüb, bernsteingelb, alkalisch, 1·023, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (frisch): amorphe Phosphate, einige Leukozyten, sonst nichts. 72 Stunden später: idem, kein Oxal.

26. Juni. Ißt alles, fühlt sich wohl. 144 lbs. Keinen Schmerzanfall mehr gehabt, nur etwas »Schwäche« im Kreuz.

Urin (frisch): trüb, alkalisch, mäßig Indikan, kein Alb., kein Zucker. Sed. (frisch): amorphe Phosphate. 72 Stunden später: idem. Ord.: 1 Teelöffel. Kissingen täglich. Alles essen.

29. Aug. Gewicht 150 lbs. (!), hatte nur einmal etwas Schmerzen in der rechten Nierenseite, aber nicht wie früher. Jeden Tag Stuhl, hat über 3 Wochen kein Kissingen genommen.

Urin (morgens): bernstein, klar, sauer, 1·026, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Indikan. Ord.: 2 Teelöffel Kissingen täglich. Diagnose: Nephrolithiasis ex Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

J. W. C., 50 Jahre.

3. Sept. 1907. Seit zwei Wochen erkältet, glaubt nicht, daß seine Nieren gesund sind. Vor 18 Jahren Harnstein, vor 9 Jahren ein kleiner Stein abgegangen. Ist nervös. Laryngitis, Bronchitis ac.

Urin (frisch): dunkelbernstein, trüb, 1·022, sauer, kein Alb., kein Zucker, Spur Galle, mäßig Indikan. Urea 1%. Sed.: massenhaft Oktaeder und Prismenoktaeder von Oxal. Diagnose: Nephrolithiasis ex Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

Mr. J. G., 50 Jahre.

30. Mai 1907. Zwei Töchter: 17 und 26 Jahre alt. Hat zahlreiche warzenförmige Flecken am Körper, schwarz und hart. Rhagaden auf der rechten Handfläche und den Fingerspitzen. In der letzten Woche hat er stoßweise Schmerzen im »Gemäch«: die Schmerzen fangen unter der rechten Rippe an und gehen entlang dem rechten Ureter in den Penis.

Urin (frisch): bernstein, klar, sauer, leichte Spur. Alb., Spur Indikan. Sed.: mäßig zahlreiche große Oktaeder von Oxal, zahlreiche winzige Oxale, einige Leukozyten, keine Zylinder. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

Mr. G. A. C., 34 Jahre, verheiratet, Farmer.

13. Juni. 1907. Schläft nicht gut bei Nacht. Bekommt Anfälle von Taubsein in der rechten Körperseite und in der linken Seite des Nackens, gegen den Hinterkopf ausstrahlend; die Unterkiefer scheinen ganz steif dabei. Er fühlt, wie wenn er ohnmächtig werden sollte. Manchmal 1mal oder 2mal monatlich solche Anfälle, von 3—4tägiger Dauer; dann ist er wieder wohl. Hat 3 Kinder, alle gesund. Frau hatte vor kurzer Zeit einen Abortus. Wandernde Kopfschmerzen. Alle diese Erscheinungen dauern schon 12—15 Jahre. Appetit wechselnd. Auch etwas konstipiert, der Stuhl ist oft bandartig flach. Hat immer sexuelles Verlangen, mehr als gewöhnlich, aber es dauert lange, bis er Ejaculatio bekommt und nach dieser ist der Penis noch härter als vor dieser und er fühlt keine Befriedigung: Der größere Teil des Samens kommt auch nicht zum Orificium heraus! Jede kleine Angst macht ihm Herzklopfen. Kann keine Hitze ertragen. Wird sehr leicht auf-

geregt, sehr leicht voll Freude oder voll Trauer, ohne viel Veranlassung. Potus, Lues: negiert. Lunge, Leber, Milz, Niere: normal. Dermogr.: erhöht. Pat.: linke erhöht, rechts normal. Spina: nicht druckempfindlich. Tremor digitor.: links mehr als rechts. Herz: Spitze 5. Interkostalraum in mamill. Gaumenreflexe: rechts prompt, links langsam. Pup.: normal. Puls: 72, Ton: 95.

Urin: bernstein, klar, alkalisch, 1·013, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan, Urea 1·3%. Sed. (48 Stunden): einige Plattenzellen, kein Oxal. Ord.: Bornyval, Jodkali, Diät f. spast. Konstipation.

20. Juni. Hat in den letzten 3 Nächten gut geschlafen und fühlt sich wohler als je in den letzten 10 Jahren. Koitus noch unverändert. Die Taubheitsanfälle werden geringer. Ist viel weniger aufgeregt, mehr ruhig, seitdem er Bornyval nimmt.

Urin (frisch): bernstein, klar, sauer, 1·015, kein Alb., kein Zucker, bedeutend Indigokarmin. Sed. 24 Stunden: einige Plattenzellen, kein Oxal. 48 Stunden: mäßig zahlreiche winzige Oxaloktaeder, einzeln und auf Schleimfäden gelagert. 72 Stunden: mäßig zahlreiche winzige Oxaloktaeder.

2. Juli. Urin (frisch): bernstein, klar, sauer, 1·030, leichte Spur Alb., massenhaft Indigokarmin, kein Zucker. Sed. 72 Stunden: sauer, Hefezellen und mittelgroße Oxaloktaeder. Hatte etwa 3 nervöse Anfälle, wie wenn er ganz auseinanderfahren würde, aber er kam bald darüber hinweg. Kein Taubheitsgefühl mehr, subj. mehr ruhig. Jeden Tag Stuhl.

16. Juli. Klagt über einen scharfen schießenden Schmerz, ausstrahlend vom Perineum in die Glans, anfallsweise. Wenn er dann uriniert, ist es besser. Hatte kein Taubheitsgefühl mehr und ist weniger nervös. Schläft auch besser.

Urin: bernstein, klar, alkalisch, 1·017, leichteste Spur Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed.: einige amorphe Phosphate, einige kubische Zellen, keine Bakterien. 47 Stunden später: kein Oxal. Zystoskopie: nichts Abnormes. Ord.: Prostatakühler.

21. Juli. Urin: klar, bernstein, sauer, kein Alb., kein Zucker, massenhaft Indikan. 24 Stunden später Sed.: einige Leukozyten, kein Oxal.

26. Juli. Keine perineale Sensationen mehr seit der Anwendung des Prostatakühlers.

Urin: klar, alkalisch, 1·017, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (frisch): mäßig Leukozyten, keine Bakterien, kein Oxal. 46 Stunden später: idem.

9. Aug. Urin: idem.

16. Aug. Urin: idem.

20. Aug. Klagt über ohne Ursache auftretende Schmerzen im 7. Halswirbel, ausstrahlend gegen den Ansatz des linken Sternocl. mast. über den Scheitel, oft in die Stirne ausstrahlend, manchmal rechts, manchmal links. Er wird dabei blaß, schwitzt darauf gewaltig und hat das

Gefühl, wie wenn er einen Schnupfen in der Nase bekommen sollte. Stuhlgang regelmäßig. Die dagegen genommenen Phenac.-Coff.-Pulver haben nicht geholfen.

Urin: kein Oxal, normal.

23. Aug. Koitus normal. Urin: kein Oxal.

30. Aug. Subj. wohl; Koitus gut, keine Schmerzen im Perineum, keine Kopfschmerzen. Urin: idem. kein Oxal.

13. Sept. Nach dem Koitus hat er noch etwas Schmerzen im Perineum, sonst subj. sehr wohl. Urin: kein Oxal.

27. Sept. Urin: klar, sauer, Spur Indikan. Sed. (24 Stunden): trüb, sauer, einige Plattenzellen und Leukozyten, mäßig zahlreiche, langgezogene oder abgebrochene Ecken zeigende, hellgelbliche, glänzende, kleine Oxaloktaeder, massenhaft Bakterien. Klagt wieder über jene Kopfschmerzenanfälle. Ord.: Aspirin, Mesotan.

11. Okt. Urin: kein Oxal. Klagt nicht mehr über Kopfschmerzen, wohl aber über nach dem Koitus 2 Tage lang auftretende Erektionen.

1. Nov. Subj. wohl. Urin: kein Oxal.

6. Dez. Urin: kein Oxal.

3. Jan. 1907. Subj. wohl.

Urin: kein Oxal. Diagnose: Neurasthenia sexualis, keine Oxalurie!

Mr. H. G. S., 42 Jahre.

30. Mai 1903. Gewicht 133 lbs. Hatte sich im Oktober erkältet und darauf 1 Monat lang 4—5mal täglich breiigen Stuhl gehabt und 13 lbs. verloren. Seitdem aber dasselbe Gewicht behalten. Der Stuhl ist licht oder tonfarben. War stets gesund bis auf frühere Malaria. 1 Kind, 6 Jahre alt. Die ersten 2 Kinder hat die Frau abortiert, aber er selbst niemals Σ gehabt (!) Früher bestanden epigastrische Schmerzen, kein Schmerzanfall in der Gallenblasengegend. War im Oktober 4 Fuß tief gefallen und seitdem und seit der Erkältung ist er krank. Apicitis sin. Gibbus. XI. Dorsalwirbel, nach vorn, nicht schmerzhaft, Milz: nicht palpabel, Leber: normal groß. Prostata: normal. Herz: normal. Atem: übelriechend, Zunge belegt, Appetit gewaltig. Gegenwärtig 1mal täglich breiigen, hellgelben Stuhl. Druckempfindlichkeit bei tiefem Druck im Epigastrium. Blasse Hautfarbe!

Urin (Flasche): 750 ccm in 24 Stunden, sauer, Obstgeruch, trüb, dunkelgelb, Spuren Serum und Nukleoalbumin. Sed.: massenhaft kleine Oktaeder von oxalsaurem Kalk, massenhaft Kokken, spärlich runde oder zylindrische Nierenzellen, spärliche Blasenepithelien, keine Zylinder.

31. Mai Fäzes: geformt, weich, grau, tonfarben, mit Schleimpartikelchen bedeckt, mattglänzend, ungemein saurer, stechendstinkender Geruch; Reaktion: sauer.

Morgenurin: lichtbernsteingelb, sauer, 1·026, obstartiger Geruch, kein Azeton, Spur Serum und Nukleoalbumin, massenhaft Indikan, Jaffée neg. Gmelin: neg. Fischer: neg. Trommer: neg. Sed.: massenhaft Oktaeder, Hantelformen und Ovoide von oxalsaurem Kalk, zahlreiche fettige degenerierte granulierte Nierenzellen, kubische oder geschwänzte, Leukozyten, einige epitheliale und fein und grob granulierte Zylinder, einige Spermatozoen, einige blasse, rotbraune, den Blutkörperchen ähnliche, runde Gebilde (Oxal), keine Bakterien. Ord.: Pankreatin, Natr. glycochol. Karlsbad.

9. Juni. Fäzes: weißlichgrau, mattglänzend, geformt, keine unverdauten Fleischstückchen zeigend. Gmelinprobe neg.

Urin: 1·053, normaler Geruch, weingelb, sauer, kein Azeton, kein Serum, Spur Nukleoalbumin, kein Zucker, kein Indikan (!). Sed.: mäßig zahlreiche, fein granulierte rundliche Nierenzellen, von Leukozytengröße, zahlreiche, den roten Blutkörperchen ähnliche rotbraune Scheiben von Oxal, einzeln oder in Längsgruppen, hie und da mit Leukozyten untermischt und in Zylinder geformt, zahlreiche Zylindroide, einige hyaline Zylinder, denen spärliche Nierenzellen von Leukozytengröße aufgelagert sind, einige fein granulierte Zylinder und Epithelzylinder, einige Blasenzellen, einige amorphe Urate, Hefezellen, Bakterien. Ord.: Bismut., Salizyl, Salol, Magn. oxyd. aa.

18. Juni. Gewicht 137½ lbs., also 4½ lbs. an Gewicht zugenommen. Fäzes: dickbreiig, schwarz, nicht so aashaft stinkend, Erdbeerenkerne, zahlreiche grüne Pflanzenfetzen, Kartoffelstückchen und dünne Eierschalen zeigend, kein Schleim. Galle: neg. Mikroskopisch: zahlreiche, längliche, gelbliche, hie und da deutliche Struktur zeigende, quergestreifte Muskelfasern, mäßig zahlreiche, fettsaure Kristalle, lichtgelbliche Schollen.

Urin: klar, bernsteingelb, 1·025, alkalisch, Spur Serum und Nukleoalbumin, Spur Indikan, kein Zucker.

25. Juni. Hatte gestern morgen eine Attacke von »Malaria«: Fieber (Kopfschmerzen, Hitze, böse Träume, Schweiß); und dies, glaubte er, würde jede Woche wiederkommen, wenn er nicht Chinin nähme. Stuhl ist flüssig, schwarz auf Bismut, sonst fühlt er sich besser. Gewicht 133½.

26. Juni. Urin 1880 ccm (24 Stunden): 1·026, alkalisch, wolkig, kein Serum, Spur Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, bedeutend Indikan. Sed.: einige Nierenzellen, einige feingranulierte dünne Zylinder, mit einigen Nierenzellen belegt, einige rotbraune Scheiben (Oxal). Fäzes: geformt, dunkelolivengrün, mit Schleimpartikelchen untermischt!

6. Juli. Gewicht 139 lbs. Subj. wohl, ißt aber noch nicht so viel, wie er vor der Krankheit aß. Fäzes: geformt, hellgelb, Schleimpartikelchen makroskopisch sichtbar, die gelblich tingiert sind, namentlich an der Spitze der zuerst hervorkommenden Skybala. Mikro-

skopisch: kleine Fettkristalle, keine Fleischpartikelchen; chemisch: keine Gallenreaktion.

Urin: leicht sauer, 1·020, exzessiv Indikan, mäßig Serum und Nukleoalbumin, keine Galle. Sed.: einige rotgelbe, den roten Blutkörperchen ähnliche Scheiben, einzeln und in zylinderförmigen Gruppen (Oxal). Leukozyten und Nierenzellen, keine Zylinder. Ord.: Tunnocol 1·0 3mal.

14. Juli. Gewicht 139½ lbs. Subj. wohl, schläft besser. Fäzes: idem.

Urin: Spur Serum und Nukleoalbumin, 1·020, massenhaft Indikan. Sed.: mäßig rotgelbe Scheiben, hyaline Zylinder, einige fein granulierte Zylinder, einige Nierenzellen mit großen Fettkugeln. Ord.: Tannalb., Ichthalb. aa. 0·5. Karlsbad, Pankreatin 0·5 3mal.

22. Juli. Urin: 1·026, Spur Serum und Nukleoalbumin, massenhaft Indikan, kein Zucker, kein Gallenfarbstoff. Sed.: ziemlich zahlreiche gelbbraune Scheiben (Oxal), Leukozyten, fettig degenerierte Nierenzellen, einige mit Nierenzellen und roten Blutkörperchen bedeckte granulierte Zylinder. Fäzes: idem. Klagt über Schmerzen im Kreuzbein, namentlich beim Aufstehen.

28. Juli. Fäzes: idem.

Urin: Spur Serum und Nukleoalbumin, mäßig Indikan, 1·030, sauer. Sed.: keine Kristalle, keine Zylinder.

7. Aug. Gewicht 140 lbs. idem.

9. Sept. Hatte letzte Nacht 2 Anfälle von Brechdurchfall gehabt (nach Fischgenuß) und 2 lbs. an Gewicht verloren.

Urin: sauer, 1·035, Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, mäßig Indikan. Sed.: mäßig rotgelbbraune Scheiben (Oxal), einige Leukozyten, zahlreiche Nierenzellen, einige granulierte Zylinder, massenhaft Oxaloktaeder! Ord.: Kissingen, Cantanis Diät.

17. Sept. Ist unlängst in der Nacht mit Brennen in der Urethra erwacht; fühlte sich sonst wohl, keine Stuhlbeschwerden. Gewicht dasselbe.

Urin: klar, alkalisch, 1·029, kein Alb., kein Zucker, Spur Indikan. Sed.: einige roten Blutkörperchen ähnliche Scheiben, Leukozyten, einige hyaline Zylinder, mit Oxal (oder Phosph.?) bedeckt, 1 epithelialer Zylinder, einige granulierte Nierenzellen.

2. Okt. Sieht blaß und mager aus. Seit 3 Tagen keinen Stuhl.

12. Okt. Gewicht 133 lbs. Hat sich wieder erkältet (hatte eine Gastroenteritis und fiel auf 129 lbs., vorher 139).

Urin: 1·027, trüb, schwach sauer, Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, massenhaft Indikan. Urea 2·9%. Sed.: zahlreiche Nierenzellen, einige hyaline Zylinder, 1 epith., granulierter Zylinder, viele Scheiben, Oxals. Ca.

28. Okt. Gewicht 135½ lbs.

Urin: 1·021, schwach sauer, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, Spur Indikan, aromatischer Geruch, keine Galle.

Urea 2·8%. Sed.: einige fein granulierte Nierenzellen, einige rotbraune Scheiben, einige Leukozyten, keine Zylinder.

11. Nov. Urin: 1200 ccm, 1·025, alkalisch, leicht trüb, kein Serum, kein Nukleoalbumin, keine Galle, mäßig Indikan. Urea 1·6%. Sed.: einige rotgelbe Scheiben, mäßig Nierenzellen, einige hyaline, 1 epith. Zylinder!

10. Dez. Gewicht 141 lbs. Mußte vorgestern ein Salad-Sandwich erbrechen!

Urin: 1·025, leicht sauer, bernstein, trüb, mäßig Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, kein Indikan, keine Galle. Urea 1·9%. Sed.: mäßig, einige kurze Fäden mit rotgelben Scheiben belegt, einige Leukozyten und Nierenzellen, kein Kristall!

14. Jan. 1904. Gewicht 141 lbs. Hat jeden Tag regelmäßigen Stuhl, etwas Gas in den letzten Wochen. Trinkt 1 Quart Milch täglich.

Urin: bernstein, klar, normaler Geruch, leicht sauer, 1·025, kein Alb., kein Zucker, keine Galle, exzessiv Indikan. Urea 1·9%. Sed.: einige Leukozyten, einige Nierenzellen, keine Zylinder, keine Bakterien, zahlreiche lichtgelbe, stark lichtbrechende Scheiben, einzeln oder in Gruppen von Honigwabenform. Ord.: Kissingen, Ichthalb.

16. Febr. Gewicht 139 lbs. Subj. wohl, guter Appetit, schläft gut, jeden Tag Stuhl.

Urin: klar, bernsteingelb, leicht sauer, 1·023, leichte Spur Alb., kein Zucker, keine Galle, exzessiv Indikan. Urea 1·5%. Sed.: sehr spärlich, einige fein granulierte oder Fettkügelchen zeigende Nierenzellen, keine Zylinder, mäßig lichtbraune Scheiben. Ord.: Pankreatin, Kissingen. Ichthalb.

11. März. Fäzes: lichtgelb, groß, zylindrisch geformt, mit Schleimpartikeln belegt.

Urin: bernsteingelb, klar, aromatischer Geruch, sauer, 1·026, leichteste Spur Alb., kein Zucker, keine Galle, bedeutend Indikan. Urea 2·1%. Sed.: einige Leukozyten, mäßig Nierenzellen, 2 epith. Zylinder, 1 granulierter Zylinder, mäßig zahlreich jene lichtbraungelben Scheibchen, rund, den roten Blutkörperchen sehr ähnlich sehend, in der Mitte sehr tiefe Dellen zeigend, in der Seitenansicht:) aussehend von starker Refraktion, einzeln und in zylindrischer Anordnung!

12. März. Blut: 100% Gowers. Frisch und Methyl-Eosin-Färbung, keine Abnormalität zeigend.

24. Mai. Urin: bernstein, klar, normaler Geruch, sauer, 1·027, kein Serum, Spur Nukleoalbumin, kein Zucker, mäßig Indikan. Urea 1·8%. Sed.: mäßig weißwolkig, einige Leukozyten, einige fein granulierte Nierenzellen, einige hyaline Zylinder, einige jener hellbraungelben Scheiben! Fäzes: dicke hellgelbliche, weiße Zylinder mit anhaftenden Schleimflocken. Diagnose: Pankreasstörung(?), Oxaluria symptomatica?

Mr. A. M. Mc. L., 50 Jahre. 145 lbs. (Früher stets 160 lbs. gewogen.)

16. Juli 1904. Klagt über Unbehagen, Brechreiz, Völle, Druck im Epig. 3—4 Stunden nach der Mahlzeit in Anfällen von 1—4 Wochen auftretend, gleichgültig, was er ißt in dieser Zeit. In der Zwischenzeit hat er keine Schmerzen. Erbrechen oder ein rohes Ei erleichtert jene Schmerzen. Konstipation seit 10 Jahren, und zwar schon bevor diese Magenkrankheit anfing. Gewöhnlich 2—3 Tage lang keinen Stuhl, wenn er keine Irrigation nimmt. Mit jenen Magenanfällen muß er auch viel Gase ausstoßen und fühlt sich nachher erleichtert. Bis vor 3 Monaten hatte er niemals jene sauren bitteren Gase! Hat niemals rheumatische Schmerzen.

17. Juli. Ewaldprobe (nach 2 Stunden): entleert 30 ccm einer wässerigen, etwas schleimigen Flüssigkeit mit grünlich weißen, weichen Brocken, sauer, kein übler Geruch, freie HCL pos. Totalazid: 0·0949%. Buttersäure: neg. Milchsäure: neg. Filterrückstand besteht aus meist unveränderten Stärkekörnern. Salolprobe: erscheint im Urin pos. $^1/_2$ Stunde nach der Einnahme und ist noch nachweisbar in einem $7^1/_2$ Stunden später entleerten Urin.

18. Juli. Lungen, Leber, Herz, Milz: normal. Nieren: nicht palpabel. Magenfüllung mit 1 Liter Wasser zeigt die Dämpfung der C. major 3 Finger oberhalb des Umbilicus. Arterien: normal. Pup.: normal. Pat.: erhöht. Rhomberg: neg. Rektum, Prostata: nichts Abnormes.

19. Juli. Blut: normal.

Urin: bernstein, trüb, sauer, 1·025, kein Serum und Nukleoalbumin, keine Galle, kein Zucker, bedeutend Indikan. Urea 1·6%. Sed. (wolkig 1%): massenhaft winzige Oktaeder oder Scheiben von Oxal, einzeln und in Drusen, einige Leukozyten und Plattenzellen, keine Zylinder.

20. Juli. Leubeprobe (4 Stunden): 10 ccm wässerig, saurer Geruch, freie HCL pos. Totalazid: 0·2273%. Buttersäure: neg. Milchsäure: neg. Filterrückstand: meist Stärkekörner, einige fettsaure Nadeln, einige Muskelfasern.

Urin (morgens): bernstein, klar, normaler Geruch, sauer, 1·023, leichteste Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, Urea 1·7%, mäßig Indikan. Sed. (1%): massenhaft kleine Oxaloktaeder, einige Scheibenformen, einige Spermatozoen.

21. Juli: Ord.: Purgatin, Kissingen, Diät für Oxal, Hydrotherapie, mehr körperliche Arbeit. Natr. bicarb., Lith. carb., Anästhesin.

3. Aug. Hat 4 lbs. an Gewicht zugenommen in einer Woche, befindet sich bedeutend besser. Hat gar keine Beschwerden im Magen mehr.

Urin: braunrot vom Purgat., trüb, neutral, 1·021, Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, mäßig Indikan. Urea

1·3%. Sed.: einige rote Blutkörperchenformen von Oxal, einige Leukozyten, massenhaft Bakterien.

29. Aug. Urin: braunrot vom Purgat., trüb, Ammoniakgeruch, alkalisch, 1·025, Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, Spur Indikan. Urea 1·1%. Sed.: einige Leukozyten und Plattenzellen, massenhaft 3fache Phosphate und Bakterien. Subj. fühlt er sich sehr wohl, hat wieder 2 lbs. zugenommen. Behandlung idem. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν — Hyperacid.

Mr. H. L., 44 Jahre.

8. April 1904. Klagt über Augendruck, »heiße Augenhöhlen«, belegte Zunge, schlechten Geschmack im Munde, »Gase«, Schwäche in den Knien und in den Lenden beim Stehen, Müdigkeit, Appetitlosigkeit oder kolossaler Appetit. Kaltwerden in den Extremitäten, starkes Schwitzen unter den Armen! Bläßlich! Leber, Herz, Gefäße: normal. Blut: 100% Gowers.

Urin: bernstein, klar, sauer, 1·019, Spur Nukleoalb., kein Serum, keine Galle, mäßig Indikan. Urea 1·5%. Sed.: einige Leukozyten und kubische Nierenzellen, einige hyaline Zylinder mit Scheiben von Oxal bedeckt, massenhaft Oxaloktaeder. Ord.: Kissingen, 2% Kodein.

16. April. Urin (nachts und morgens): bernstein, klar, 1·020 sauer, leichteste Spur Alb., kein Zucker, mäßig Indikan, Urea 1·3%. Sed.: einige hyaline Zylinder mit kubischen Nierenzellen mäßig Scheiben von Oxal.

24. August 1907. Klagt über eine dicke belegte Zunge des Morgens vor dem Frühstück, nicht nach den anderen Mahlzeiten. Auch nicht, wenn er etwas zu Mittag gegessen hat. Stuhl jeden Tag. Sehr nervös.

Urin (frisch): klar, sauer, kein Alb., kein Zucker, keine Galle, massenhaft Indikan. Sed. (mäßig wolkig): zahlreiche winzige und kleine Oxaloktaeder, einige Leukozyten, einige Plattenzellen. Ord.: Karlsbad. Diagnose: Oxalurie κατ' ἐξοχήν.

M. W. G., 51 Jahre, 148 lbs., eigentümlich blaß.

24. Mai 1905. Bemerkt, daß er 10—15 Min. nach dem Essen, namentlich nach dem Frühstück, sofort Stuhl machen muß, der gewöhnlich wässerig ist, nicht sehr kopiös, aber sehr übelriechend und mit Kollern im Leibe verbunden ist. Das erste Mal hatte er diese Erscheinung im Juni 1900 bemerkt und glaubt, daß sie durch eine Expedition, während welcher er dem Verhungern nahe kam, hervorgebracht wurde. Früher kam es nur hie und da vor, jetzt aber kommt dies beinahe jeden Tag vor, mehr nach dem Frühstück als nach den übrigen Mahlzeiten. Sobald er in das Freie kommt und eine Zeitlang dortselbst zubringt, verschwindet die Erscheinung. Er glaubt an Gewicht verloren zu haben, schläft nicht so gut wie früher, denn er ist viel leichter aufzuwecken. Damit die Erscheinung

aufhört, muß er nur sehr wenig essen. Er hat dabei gar keine Schmerzen, ganz gewiß nicht im Magen, höchstens hie und da ganz wenig in den Gedärmen. Keine Kopfschmerzen, kein Husten, ziemlich guter Appetit. Außer jener Morgenentleerung hat er gewöhnlich noch des Abends eine breiige Entleerung, von brauner oder lichter Farbe, gewöhnlichem Geruch. Oft muß er $^1/_2$ Stunde nach der Mahlzeit auch gleich urinieren. Nachts muß er nicht aufstehen. Bemerkt auch, daß sein Schweiß in der Achselhöhle sehr übelriechend ist, selbst $^1/_2$ Stunde nach einem Bad. Geschlechtlich hat er seit 6 Jahren nicht mehr viel Libido, obwohl er noch Erektionen bekommt. Lunge: normal, Puls 80. Ton (Gärtner) 105. Herz: Spitze nicht palp., Ton etwas abgeschwächt, aber kein Geräusch, epig. Puls. Leber, Milz: nichts abnormes. Arterien: weich.

Urin: bernstein, klar, leicht sauer, 1·022, kein Serum, kein Nukleoalb., kein Zucker, keine Galle, kein Indikan, Urea 1·2%, Sed.: mäßig, weiß glitzernd, einige Leukozyten, massenhaft kleine und mäßig große Oxaloktaeder, einige Harnsäure. Rosetten. Leubes Mahlzeit zeigt den Magen leer $6^1/_2$ Stunden nach der Einnahme. Salolprobe (0·5 Salol mit dem Nachtmahl genommen) zeigt 1 Stunde später Salizyl im Harn, welches bis 14 Stunden später nachweisbar im Harn blieb.

27. Mai. Urin: sauer, 1·025. Sed. (24 Stunden stehend): mäßig wolkig, weiß, sauer, massenhaft messerschneideförmige Kristalle, einzeln und in Rosetten, lichtgelbgrün (Harnsäure), einige kleine, winzige Oxaloktaeder, einige Leukozyten, einige Bakterien. Ord.: Oxaldiät, Kissingen, Magn. citr. 3mal eine Messerspitze.

14. Juni. Seitdem er Magnesia und Kissingen nimmt, bemerkt er, daß er nicht mehr unmittelbar nach den Mahlzeiten jene sofortige Stuhlentleerung bekommt. Als er einmal zu einer Mahlzeit eingeladen war und die Medizin nicht nehmen konnte, mußte er sofort wieder Stuhl machen. Sexualität unverändert.

Urin (morgens): bernstein, trüb, alkalisch, 1·020, kein Zucker, kein Alb., Spur Indikan. Sed.: einfache Phosphate, auf Zusetzen von Essigsäure sich aufklärend.

26. Juni. Hatte in den ersten 10 Tagen der Behandlung nur 2mal jene sofortige Stuhlentleerung gehabt; die erste nach abends vorher genossenen Erdbeeren, die zweite kann er nicht erklären. Befindet sich aber subjektiv bedeutend besser, seitdem er Magnesia und Kissingen zu nehmen begann. Seit 2 Tagen kein Kissingen mehr genommen.

Urin (morgens): blaß bernstein, trüb, neutral, 1·015, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Urea 1·8%. Sed.: weiße amorphe Phosphate, einige Leukozyten, einige Messerklingenformen einfacher Phosphate. Ord.: idem Strychnin, Coca.

10. Juli. Bedeutend besser, aber das »Schweiß«-Symptom noch vorhanden. Nimmt $^1/_2$ T. Kissingen 3mal täglich und eine

Messerspitze Magn. citr. Hat jetzt des Morgens Erektionen, die er früher nicht hatte!

Urin (morgens): klar, bernstein, 1·021, leicht sauer, kein Alb., Spur Indikan. Sed.: bedeutend, licht, weiß, besteht aus winzigen Oxaloktaedern. Ord.: idem Tannoform 10% als Schweißpulver.

27. Juli. Gewicht 150 lbs.

Urin: trüb, alkalisch, 1·015, kein Alb., Spur Indikan, Sed.: amorphe Phosphate, einige Zylindroide. Hatte einen 2 Tage dauernden Anfall von Diarrhöe, bei dem er 3 lbs. verlor, aber bald wieder zunahm.

16. Sept. Gewicht 150 lbs.

Urin: klar, bernstein, leicht sauer, 1·015, leichteste Spur Alb., Indikan. Sed.: einige Leukozyten, sonst nichts. 2mal wöchentlich muß er nach dem Frühstück 15—30 Min. unter Gurren den Darm entleeren. Hat 16 Tage lang kein Kissingen mehr genommen.

11. Juni 1906. Hat diesen Morgen plötzlich Schmerzen im Longitudinus dorsi sinistri bekommen. Konnte kaum gehen. Hat noch hie und da jene Anfälle von Diarrhöe. Ord.: Aspirin, Mesotan.

20. Juli. Urin: bernstein, klar, sauer, 1·020, leichteste Spur Alb., kein Zucker, kein Indikan, keine Galle, Urea 1·4%. Sed. (mäßig wolkig): einige kubische Nierenzellen und mäßig zahlreiche winzige und kleine Oxaloktaeder, keine Bakterien. 24 Stunden später: idem, die Oxale sind nicht größer geworden.

12. Juli 1907. Hatte am Dienstag Diarrhöe, die er infolge Oxal bekommen zu haben glaubte. Das linke Knie scheint ihm steif, wenn er nach langem Sitzen sich aufstellt. Er geht viel herum, da es viel ärger wäre, wenn er es nicht täte!

Urin (frisch): klar, sauer, 1·018, kein Alb., kein Zucker, bedeutend Indikan. Urea 1·4%. Sed.: massenhaft kleine winzige und große Oxaloktaeder, einige Leukozyten, einige Plattenzellen. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν.

Mr. H. R. J., 29 Jahre.

8. Juni 1903. Klagt über ein unangenehmes Druckgefühl, das eine Stunde nach dem Essen im linken Epigastrium auftritt und 2—3 Stunden dauert. Bis vor 9 Monaten ganz gesund gewesen. Stärke kann er nicht verdauen, ebenso schwer verdauliche Sachen, leichter ist es mit Milch etc. Stat.: Bronchitis links hinten oben und unten und rechts vorn. Ren mobilis dexter (vor einem Jahre wegen Append.), Schmerzen im rechten Hypochondrium (!), Appendix entfernt. Neurasthenie. Pat.: beiderseits erhöht. Eigentümliche Blässe im Gesicht!

Urin: 1·025, sauer, klar, dunkelgelb, normaler Geruch, deutliche Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker. Sed.: zahlreiche stark verfettete Nierenzellen, einige Blasenzellen, 4 Blut-

zylinder, massenhaft Zylindroide, einige breite granulierte Zylinder, einige dünne, gewundene, granulierte Zylinder, einige hyaline und epitheliale Zylinder!

15. Juli. Hat einigemale, namentlich nach Indiskretion in Diät, eine Gasansammlung $1^1/_2$ Stunde nach der Mahlzeit im Magen gefühlt und konnte dann bis 11 p. m. nicht schlafen. Allgemein fühlt er sich besser. Purgatin wirkt jedesmal. Uriniert 40 Ozs. täglich, früher 20 Ozs.

Urin: klar, 1·019, schwach sauer, braunrot vom Purgatin, Spur Nukleoalbumin, massenhaft Indikan, kein Zucker. Sed.: massenhaft rosa gefärbte Hantelformen von Oxals. Ca., einige Oktaeder, zahlreiche fein granulierte Nierenzellen, einige Pflasterepithelien, einige blaßrote Scheiben, ein mit Granula bedeckter Zylinder und zylinderförmige Stücke von Nierenzellen.

18. Juli. $1^1/_2$ Teelöffel. Kissingen 2mal täglich, 2 Stunden tägliche Übungen, gemischte Diät, Magn. sulf. Messerspitze nach Mittags- und Nachtmahl.

29. Aug. Gewicht 132 lbs. (7 lbs. in 7 Wochen zugenommen.) Fühlt sich noch »nervös«, Purgatin wirkt nicht so gut, muß noch immer Cascar. nehmen.

Urin: neutral, 1·005, blaßgelb, sehr wenig Sed., leichteste Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Indikan, kein Zucker, keine Galle. Sed.: einige Leukozyten, einige Nierenzellen, keine Zylinder, keine oxalsauren Kristalle. Ord.: Massage des Abdom., Kissingen, Früchte erlaubt.

28. Juli 1906. Urin: bernstein, klar, leicht sauer, 1·026, Urea 1·9%, kein Alb., kein Zucker, keine Galle, Spur Indikan. Sed.: einige Leukozyten, einige Oxale von »roter Blutkörperchen«-form. Diagnose: Ulcus ventriculi chron. (der spätere Verlauf macht dies wahrscheinlich), Oxaluria transitor.

Mr. J., Advokat, 48 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, Gewicht 170.

17. März 1904. Hat 20 lbs. in den letzten 15 Monaten an Gewicht verloren. Fühlt sich schwach, nervös, schläft nicht wohl, grämt sich bedeutend. Guter Appetit. Diarrhöe und Konstipation abwechselnd. Sexuell normal. Hustet ein wenig. Die letzte Nacht schwitzte er. Vor 20 Jahren Malaria, vor 3 Jahren Anfall von Bauchkrämpfen. Eigentümlich blaß. Lunge, Herz, Leber, Milz: normal.

Urin: klar, bernstein, 1·026, kein Serum, kein Nukleoalbumin, mäßig Indikan, kein Zucker. Sed.: wolkig, bräunlich, besteht aus amorphen Uraten und Oxaloktaedern, mittlere Größe, einzeln und in Drusen.

1. April. Hatte sich erkältet, später einen Anfall von Diarrhöe gehabt, befindet sich wohler, schläft besser. Gewicht 172.

Urin: bernstein, klar, 1·026, kein Alb., kein Zucker, keine Galle, mäßig Indikan. Urea 1·4%. Sed.: mäßig wolkig, einige

Leukozyten, kein Oxal. Ord.: Kissingen fortsetzen. Diagnose: Oxaluria transitoria, Neurasthenia.

Mr. S. M. C., 49 Jahre, Reisender.

30. Nov. 1903. Klagt über Herzklopfen beim Laufen, Gas im Magen, üblen Geruch aus dem Munde, hie und da Schlaflosigkeit, hie und da konstipiert; aber auch Hüsteln und hat deshalb das Rauchen aufgegeben. Stat. Pat.: beiderseits erhöht. Tremor digitor. feinwellig. Pup.: normal. Lunge, Herz, Leber: nichts Abnormes.

Urin: klar, sauer, 1·017 Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Indikan, keine Galle, kein Zucker. Sed.: Leukozyten, Becken- und Ureterepithelien, Zylindroide, zahlreiche Oktaeder und Scheiben von Oxal.

19. Dez. Urin: bernstein, klar, normaler Geruch, leicht sauer, 1·017, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, mäßig Indikan. Urea 1·7%. Sed.: mäßig wolkig, Schleimfäden, kein Oxal, einige Leukozyten, einige Plattenzellen. Ord.: Ichthoform 0·5mal, laktovegetabilische Diät, 3 Glas Kissingen, Amylenhydrat. Diagnose: Neurasthenia, Oxaluria transitor.

Mr. C. R. M., 43 Jahre.

23. Mai 1906. Am 9. März bemerkte er, daß er mager wurde, viel urinierte, sehr durstig war, viel aß, Jucken hatte. Der Arzt sagte: 6% Zucker. Damals wog er 170 lbs., er aß fortwährend Weizenbrot und gegenwärtig wiegt er 130 lbs., Appetit und Schlaf gut. Vater, Mutter, 1 Schwester, 1 Bruder sind gesund. Seit 18 Jahren verheiratet, 1 Sohn 11 Jahre alt. Potenz noch gut. Keine rheumatischen Schmerzen im Körper. Keine Kopfschmerzen. Vor 1 Monat hatte er 2½ Liter Urin in 24 Stunden, 3% Zucker, konstipiert seit Beginn dieser Krankheit. Lunge, Herz, Leber, Nieren: nichts Abnormes. Pat.: eher verringert. Dermogr., Pup.: normal. Rhomberg: neg. Puls: 84, regelmäßig, Ton: 98. Blut: 100% Gowers.

Urin (3 Liter 24 Stunden) licht: strohfarbig, klar, Azetongeruch, 1·033, leichteste Spur Alb., Zucker 8·92%. Diazetsäure: pos., kein Indikan. Sed.: einige »rote Blutkörperchen«-Formen von Oxal, Saccharomyces. Ord.: absolute Diabeikter-Diät v. Noorden, Karlsbad.

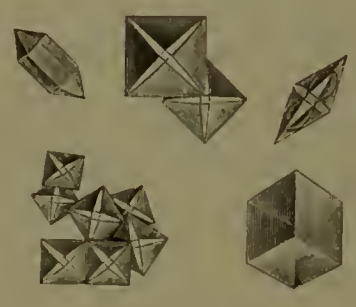
26. Mai. Sehr schläfrig, sonst subj. sehr wohl.

Urin (24 Stunden 3 Liter): 1·024, sauer, kein Alb., kein Indikan, Zucker 5·2%. Sed.: einige Leukozyten und Hefezellen, sonst nichts.

27. Mai. Gewicht 135 lbs., etwas kurzatmig.

Urin (3 Liter): sauer, licht, strohfarbig, kein Serum, mäßig Nukleoalbumin, Zucker 3·66%, Diazetsäure: pos., Azeton: pos. Sed.: weiß, sauer, besteht ausschließlich aus Hefepilzen, kein Oxal.

28. Mai (2 Liter): 1·028, sauer, licht, strohfarbig, kein Serum, kein Nukleoalbumin, Zucker 2·84%, Diazetsäure: pos, Azeton: pos. Sed. (24 Stunden): sauer, massenhafte Hefezellen, 1 dünner hyaliner und granulierter Zylinder, ein mittelweiter epithelialer Zylinder, zahlreiche große und mittelgroße Oxaloktaeder von folgenden Formen:



29. Mai. Konstipiert Gewicht 134 (1 lbs. verloren).

Urin (3 Liter): sauer, 1·025, Zucker 8·08%. Azeton, Diazet.-Ac. pos. Sed.:

30. Mai. Urin (3 Liter): strohfarbig, klar, sauer, 1·026, Zucker 3·16%, Diazetsäure: pos. Sed.: Hefezellen, sonst nichts. Nimmt Natr. bicarb. 4 Teelöffel: 100 — Tct. op. 20 gtts. Injektion rektal.

1. Juni. Gewicht 140 lbs. Beginnt stärker zu fühlen, das Enema zurückbehalten.

Urin: klar, bernstein, neutral, 1·025, Zucker 2·87%. Diazet.-Ac. und Azeton: pos. 48 Stunden Sed.: leicht sauer, massenhafte kleine und mittelgroße Oxaloktaeder und Prismenoktaeder von Oxal, einige messerschneidenförmige Rosettenanordnungen von einfachen Phosphaten.

2. Juni. Urin: bernstein, klar, neutral, 1·023, Zucker 2·82%. Diazetsäure und Azeton: pos. 24 Stunden Sed.: massenhaft winzige und kleine Oxaloktaeder, mäßig Hefezellen, einige Bakterien.

3. Juni. Urin: 1·022, leicht sauer, bernstein, Zucker 1·47%. Diazetsäure: pos. Sed.: ausschließlich Hefezellen, kein Oxal. 48 Stunden: einige große Oxaloktaeder und Prismenoktaeder, sowie Büschel von Natr., Urat, zahlreiche Hefezellen.

4. Juni. Urin: leicht sauer, 1·021, Zucker 1·66% Azeton: pos. Diazetsäure: pos. 24 Stunden Sed.: meistens Hefezellen, einige große Oxal- und Prismenoktaeder, einige Büschel Natr.-Uratkristalle, hellichtgrün.

5. Juni. Gewicht 141½ lbs. Hat 6½ lbs. seit 29. Mai zugenommen. Urin: sauer, 1·022, licht, bernstein, Zucker 2·01%. Diazetsäure: leicht pos. Azeton: pos. 48 Stunden Sed.: Hefezellen, kein Oxal.

9. Juni. Urin (2 Liter): bernstein, 1·021, leicht alkalisch, Zucker 1·66%. Azeton und Diazetsäure: leicht pos. Sed.:

besteht meistens aus massenhaften kleinen und winzigen Oxaloktaedern, einigen großen Oxaloktaedern und mäßig zahlreichen Büscheln von Natr.-Uratkristallen von hellgrüner Farbe, keine Hefezellen.

25. Juni. Subj. wohl, will Brot haben!

Urin: dunkelbernstein, sauer, trüb, 1·024, kein Alb., Zucker 1%, keine Diazetsäure, kein Azeton, mäßig Indikan. Sed. (4 Tage): beträchtlich mittelgroße Oktaeder und Prismenoktaeder von Oxalsäure, einzeln und in Drusen, keine Hefezellen. 6 Tage später: idem, exzessiv Bakterien.

13. Aug. Gewicht 146 lbs.

Urin (24 Stunden 1 Liter): lichtbernstein, trüb, neutral, 1·014, Spur Alb., kein Zucker, keine Diazetsäure, Spur Indikan. Sed.: amorphe Phosphate, Ca. phosph.-Kristalle, einige Oxaloktaeder, Bakterien. 24 Stunden später: alkalisch, sonst idem, kein Oxal. Er sieht besser aus wie früher, hat auch besseren Koitus mit mehr Erektionen wie früher. Subj. im ganzen viel besser.

11. Sept. Gewicht 148 lbs. Ißt hie und da Äpfel und Pfirsiche!

Urin (1 Liter 24 Stunden): licht, bernstein, trüb, sauer, 1·015, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed.: einige Leukozyten und sehr wenig kleine Oxaloktaeder, massenhaft Bakterien.

22. Sept. Hat 30 g Brot jeden Tag gegessen.

Urin: licht, bernstein, trüb, sauer, Zucker: Fischer neg. 1·023, kein Alb., kein Indikan. Sed. (48 Stunden): alkalisch, massenhaft amorphe Phosphate, einige flügelförmige Phosphatkristalle, kein Oxal, einige Leukozyten.

11. Okt. Urin: licht, bernstein, trüb, alkalisch, 1·020, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (24 Stunden): 10% amorphe Phosphate, massenhaft Ammon. magn.-Kristalle, zahlreiche dunkelbraungelbe Ammon.-Urate. Kugel-, auch Büschelformen von Phosphaten, kein Oxal.

31. Dez. Gewicht 145 lbs. Hat sehr viel Verdruß und Gram durchgemacht. Hat 4 Stück Brot und viel Äpfel gegessen.

Urin: licht, bernstein, klar, sauer, 1·030, Spur Alb., Zucker 6%, kein Indikan, keine Diazetsäure, kein Azeton. Sed. (48 Stunden): massenhaft Bakterien, sonst nichts. 4 Tage später: kein Oxal.

5. Jan. 1907. Urin (24 Stunden 1½ Liter): bernstein, licht, trüb, sauer, 1·026, Spur Alb., Zucker 4·3% Spur Indikan, keine Diazetsäure. Sed.: mäßig zahlreiche Oxaloktaeder, mittlere Größe, einige kubische Nierenzellen, Bakterien, sonst nichts. 48 Stunden: sauer, massenhaft Bakterien, einige mittelgroße Oxaloktaeder.

26. März. Urin: licht, bernstein, klar, sauer, kein Alb., Zucker 15·6%, mäßig Indikan. Sed.: einige Leukozyten und kubische Nierenzellen, einige Plattenzellen, mäßig Bakterien, kein Oxal.

8. April. Urin: bernstein, trüb, 1·028, bedeutend Indikan, Zucker 3·6%, Spur Serum und Nukleoalbumin Sed.: mäßig zahlreiche Oxaloktaeder und zahlreiche hellichte, fächerförmig angeordnete Kristalle, die auf Ac. acet. sich nicht auflösen.

26. April. Urin: licht, bernstein, trüb, sauer, 1·028, Spur Alb., Zucker 6·7%, mäßig Indikan. Urea 1·2%. Sed.: massenhaft Bakterien und Gasblasen.

25. Juni. Urin: bernstein, klar, alkalisch, 1·026, kein Alb., Zucker 4·1%, mäßig Indikan. Urea 1·4%. Sed.: einige Leukozyten und Plattenzellen, einige »rote Blutkörperchen«-Formen von Oxal, amorphe Phosphate. Diagnose: Diabetes c. Oxaluria.

Mrs. M., 51 Jahre, verheiratet.

17. Mai 1906. Im Febuar 1906 bekam sie bedeutende Schmerzen im linken Ischiadikus, auch in den linken Interkostalnerven. Die Diagnose, die damals gestellt wurde, war Diabetes. Urin 1·045! Seitdem Früchte essend, 30 lbs. verloren. Schlaflos, kann nur 2—3 Stunden schlafen, infolge der Schmerzen in den Beinen. Nicht mehr soviel uriniert wie früher. Ziemlich durstig. Lunge, Herz, Leber, Milz: normal. Patellarreflexe: fehlend! Sohlenreflexe: pos. Dermogr.: leicht. Pup.: auf Licht und Akkommodation reagierend. Rhomberg: undeutlich pos. (Hat 2 Monate im Bette gelegen!) Hackengang: nicht ausgesprochen.

Urin: dunkelbernstein, sauer, 1·030, leicht Serum, bedeutend Nukleoalbumin, mäßig Indikan, Zucker 0·5%, Diazetsäure neg. keine Galle, mäßig pos. Sed.: 10% Eiter, Plattenzellen, mäßig mittelgroße Oxaloktaeder, einzeln und in Drusen. 24 Stunden später: idem, massenhaft große und mittelgroße Oxaloktaeder, einzeln und in Drusen. Ord.: Diät für Diabetes.

19. Mai. Konnte letzte Nacht wieder nicht einschlafen infolge der fortwährenden Ischiadikusschmerzen. Schon das Anrühren der abgemagerten Beine ist ihr schmerzhaft, selbst die Bettdecken sind ihr lästig.

Urin (18 Stunden 720 ccm.): sauer, 1·022, kein Serum, Spur Nukleoalbumin, Nylander neg. Trommer pos. Salicyl. Ac. pos. 72 Stunden Sed.: sehr sauer, massenhaft Eiterkörperchen, Plattenzellen, zahlreiche kleine und mittelgroße Oxaloktaeder, meistens einzeln. Ord.: Veronal.

20. Mai. Auf Veronal letzte Nacht nicht geschlafen, aber weniger Schmerzen in den Beinen.

Urin (1500 ccm.): bernstein, trüb, sauer, 1·012, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Indikan, Nylander neg., Trommer neg., Azeton neg. 48 Stunden Sed.: massenhaft Eiterkörperchen, Plattenzellen, einige winzige Oxaloktaeder.

21. Mai. Hat letzte Nacht, halb träumend, etwas besser geschlafen. Die Beinschmerzen bei Tag viel weniger als bei Nacht. Appetit sehr gering.

Urin (150 ccm): licht, bernstein, trüb, sehr sauer, 1·015, kein Serum, mäßig Nukleoalbumin, Zucker neg. Spur Indikan. Sed. (24 Stunden): massenhaft Eiterkörperchen, Plattenzellen, kein Oxal.

22. Mai. Hatte Schmerzen in dem linken Ischiadikus, in der Wade und an der Beugestelle in der linken Hüfte, während der Nacht. Konnte nicht schlafen und hat wenig Appetit.

Urin (1500 ccm): bernstein, sauer, 1·020, Spur Alb., Nylander pos., Trommer neg. Sed. (48 Stunden): zahlreiche Leukozyten, Plattenzellen, mäßig zahlreiche kleine und mittelgroße Oxaloktaeder und prismatische harnsaure Kristalle. Ord.: Orexin 0·5

23. Mai. Hat letzte Nacht trotz Aspirin 0·5, Veronal 0·75 nicht geschlafen.

Urin (1450 ccm): licht, bernstein, sauer, 1·019, Spur Alb., Nylander leicht pos. Trommer neg. kein Indikan. Sed. 24 Stunden: Eiterzellen, Plattenzellen, mäßig zahlreiche winzige und mittelgroße Oxaloktaeder, mäßig Bakterien.

24. Mai. Hat auf Amylenhydrat besser geschlafen, klagt aber über viel Schmerzen in den Beinen. Appetit auf Orexin nicht besser.

Urin: trüb, sauer, 1·018, kein Alb., Nylander pos. Trommer neg. Fischer pos. Spur Indikan. Sed. 48 Stunden: Eiterkörperchen, Plattenzellen, mäßig zahlreiche mittelgroße Oxaloktaeder. Ord.: 10% Ichthyolsalbe in die Beine einzureiben.

25. Mai. Auf Amylenhydrat $1^1/_2$ Teelöffel gut geschlafen. Ichthyoleinreibung erleichtert ihre Beinschmerzen.

Urin (1630 ccm): trüb, sauer, 1·012, Spur Alb., Zucker. Nylander pos., Trommer neg., Fischer pos. Spur Indikan. Sed.: Eiterkörperchen, Plattenzellen, Bakterien, einige wenige, gut ausgebildete mittelgroße Oxaloktaeder.

26. Mai. Hat letzte Nacht nicht gut geschlafen, vielleicht 3 Stunden im ganzen. Rastlos.

Urin: trüb, sauer, 1·022, Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, Spur Indikan. Sed.: massenhaft Leukozyten und Plattenzellen, einige große Oxaloktaeder. Ord.: Massage und Einpackungen beider Beine! Orexin fortsetzen. Glutenbrod 30 g erlaubt.

27. Mai. Urin: trüb, sauer, 1·025, Spur Serum und Nukleoalbumin, Zucker 0·56%, Spur Indikan. Sed.: zahlreiche Eiterkörperchen, Plattenzellen, zahlreiche große, mittelgroße und winzige Oxaloktaeder, einzeln und an Schleimfäden angelegt.

28. Mai. Klagt über Schlaflosigkeit, vielleicht infolge der Bandagen, da sie das Amylenhydrat doch schläfrig gemacht hat. Hat gar keinen Appetit und fühlt sich schwach, kann nicht gehen. Die Schmerzen in den Beinen sind am ärgsten bei Nacht. Puls 120, voll, regelmäßig.

Urin (960 ccm): sauer, 1·021, kein Alb., Zucker 2·32%. Sed.: zahlreiche Eiterkörperchen, Plattenzellen, zahlreiche große Oktaeder und Ellipsoide (konzentrisch geschichtet) von Oxal.

29. Mai. Urin (840 ccm): sauer, bernstein, 1·032, Zucker 1·74%, Spur Alb., Azeton neg. mäßig Indikan. Sed. (24 Stunden): Eiterkörperchen, massenhaft Plattenzellen, mäßig zahlreiche, große, schön ausgebildete Oxaloktaeder.

30. Mai. Hat letzte Nacht besser geschlafen, obwohl sie noch fortwährend ein eigentümliches Prickeln in den Unterschenkeln und in der kleinen Zehe hat. Die Schmerzen im Bein haben sie aus dem Schlafe geweckt. Hat gestern gar kein Glutenbrot, wohl aber in den letzten Tagen 2 Orangen täglich gegessen.

Urin (940 ccm): sauer, 1·030, trüb, bernstein, exzessiv Indigokarmin, kein Alb., Zucker 1·46%. Sed.: mäßig zahlreiche mittelgroße und kleine Oxaloktaeder, zahlreiche Eiterkörperchen und Plattenzellen.

4. Juni. Muß keine Schlafmedizin nehmen, die Beine scheinen ihr besser.

Urin (900 ccm in 24 Stunden): sauer, 1·031, bernstein, trüb, Zucker: 2·08%, mäßig Serum und Nukleoalbumin. Diazetsäure: neg. Azeton: neg. Indigokarmin bedeutend. Urea: 2·5%. Sed.: Leukozyten, Plattenzellen und massenhaft Prismenoktaeder, mittelgroße und kleine, einige große Oktaeder von Oxal.

12. Juni. Klagt noch immer über Schmerzen in den Beinen, von den Knien abwärts, sowie über Schlaflosigkeit. Hat angeblich die Diät nicht geändert.

Urin (24 Stunden 1 Liter): bernstein, klar, sauer, 1·034, Spur Alb., massenhaft Indigokarmin. Zucker 2·5%. Azeton, Diazetsäure: neg. Sed. (sauer) 48 Stunden: zahlreiche Drusen von harnsauren Kristallen, mäßig zahlreiche, winzige und mittelgroße Oxaloktaeder, einige Ellipsoide. Ord.: Phenacet. Cod. brom.

5. Juli. Klagt noch immer über die kontinuierlichen Schmerzen in den Beinen, weiß nicht, ob sie noch die Pulver gegen dieselben nehmen soll. Die Schlafpulver machen ihr 1—2 Stunden Schlaf. Hat $^1/_2$ lbs. im letzten Monat an Gewicht verloren.

Urin: dunkelbernstein, etwas trüb, sauer, 1·021, Spur Alb., kein Zucker. Sed.: mäßig zahlreiche Oxaloktaeder, mittelgroße und kleine, Plattenzellen, Leukozyten, sonst nichts.

24. Juli. Die Schmerzen in den Beinen lassen sie erst des Morgens einschlafen. Auf Morphiumtabletten schläft sie besser.

Urin: trüb, sauer, 1·019, kein Alb., kein Zucker, exzessiv Indikan. Sed.: zahlreiche Ellipsoide und mittelgroße Hantelformen und Oktaeder von Oxal, mäßig Plattenzellen und Leukozyten. Ord.: Pyramidon 0·3.

9. Aug. Pyramidon hat ihr gegen die Beinschmerzen nicht geholfen. Gegen Abend, wo die Schmerzen immer ärger werden, muß sie Morphium nehmen, sonst kann sie nicht einschlafen. Sie ißt Gurken, grüne Schnittbohnen, Brombeeren, Paradeisäpfel letzte Woche und fühlt sich stärker und sieht gut aus; aber sie will Brot und Kartoffel haben! Ißt 6 Eier täglich, Mandelbrot, Nüsse.

Urin (24 Stunden 1 Liter): bernstein, trüb, sauer, 1·021, kein Alb., kein Zucker(!), mäßig Indikan. Sed.: massenhaft Bakterien, Eiterkörperchen, Plattenzellen, zahlreiche mittelgroße Oxaloktaeder. Ord.: Jodnatrium.

25. Aug. Hat seit 25. Juni 7 lbs. zugenommen. Klagt noch immer über Parästhesien und Schmerzen in den Beinen und muß Morphium jede Nacht nehmen. Hat jetzt seit einer Woche 15 g Brot täglich gegessen.

Urin (1500 ccm): licht, bernstein, sauer, Spur Alb., 1·012, kein Zucker, bedeutend Indikan. Sed. (alkalisch): besteht aus Bakterien und dreifachen Phosphaten, kein Oxal, sehr wenig Leukozyten.

10. Sept. Hat 15 g Brot täglich gegessen. Geht den ganzen Tag herum! Hat 2 lbs. seit 17. Aug. zugenommen. Kann auf die Einwicklung infolge der stechenden Schmerzen in den Beinen nicht einschlafen!

Urin (1500 ccm 24 Stunden): licht, bernstein, trüb, sauer, 1·013, kein Zucker, mäßig Indikan. Sed.: amorphe Phosphate, einfache Phosphate (messerschneideförmige Kristalle), einige Leukozyten, kein Oxal, keine Bakterien. Ord.: 30 g Brot täglich. Antipyrin. Cod. gegen die Schmerzen in den Beinen.

29. Sept. Hat einmal Wassermelonen gegessen, jeden Tag Pfirsiche! 30 g Brot täglich. Antipyrin. Cod. hat den Beinschmerz für 2—3 Stunden beseitigt. Ohne Morphium kann sie nicht schlafen.

Urin (1200 ccm): licht, bernstein, trüb, sauer, 1·014, kein Zucker, mäßig Indikan. Sed.: massenhaft Bakterien, massenhaft kleine Oxaloktaeder, mäßig Leukozyten.

22. Okt. Hat noch immer Schmerzen bei Nacht und muß Morphium nehmen. Nimmt an Gewicht und Kraft zu und hat guten Appetit, aber fürchtet wegen »Zucker« Gefahr zu essen.

Urin: licht, bernstein, trüb, sauer, 1·014, kein Zucker, Spur Indikan. Sed.: Bakterien, Plattenzellen, einige kleine Oxaloktaeder. Ord. für schweren Atem: 10 g Strophantus 3mal, erlaubt Maisbrot.

19. Dez. Sie hat in letzter Zeit mehr Brot gegessen, hat 4—6 Stunden Schlaf. Hat $14^1/_2$ lbs. seit der Rückkehr in die Heimat zugenommen.

Urin: licht, bernstein, trüb, sauer, 1·020, mäßig Alb., Zucker 3·7%, kein Indikan. Sed.: bedeutend Leukozyten und Plattenzellen, einige mittelweite granulierte Zylinder, massenhaft Bakterien, bedeutend winzige Oxaloktaeder.

7. Jan. Besorgt ihre eigene Hausarbeit, hat bedeutenden Appetit, schläft jede Nacht einige Stunden, muß sich bei Tag gar nicht niederlegen.

Urin: licht, bernstein, trüb, sauer, 1·025, kein Zucker, mäßig Indikan. Sed.: zahlreiche amorphe Urate, mäßig zahlreiche harn-

saure Kristalle, Leukozyten und Plattenzellen, kein Oxal. Diagnose: Diabetes c. Oxaluria.

Mrs. J. M., 58 Jahre, Gewicht 155 lbs.

25. April 1907. Seit 12 Jahren Diabetes. Auch ein Bruder daran leidend. Ißt alles, außer Zucker. Hat auch Diät 3 Jahre lang gehalten, aber der Zucker kam wieder zurück. Hat an Gewicht bedeutend verloren. Rheumatische Schmerzen in den Armen. Ein guter Trunk Bier bringt ihr Schlaf, sonst kann sie infolge Juckens an den Genitalien, die sehr wund sind, nicht schlafen. Hat jeden Tag Stuhl. Keinen Husten. Appetit ist sehr schlecht.

Urin (frisch): licht, bernstein, 1·024, Serum und Nukleoalbumin abwesend, Zucker 8·5%, keine Diazetsäure, kein Azeton. Sed.: massenhaft Bakterien, Hefezellen, Plattenzellen, sonst nichts. Lunge, Herz: normal. Pat.: beiderseits abwesend. Pup.: normal. Pruritis pudend. Ord.: Diät absolut.

30. April. Urin: klar, sauer, 1·026%, Zucker 6·9%, kein Indikan, Spur Alb. Sed.: mäßig zahlreiche Hefezellen, einige Plattenzellen, sonst nichts. Ord.: Veronal, Orexin, Pruritus bedeutend besser.

7. Mai. Appetit gut, das Jucken ist viel geringer, jeden Tag Stuhl, schläft auch besser.

Urin (frisch): 2 Liter in 24 Stunden, 1·027, Zucker 7·1%. Sed.: amorphe Urate, sonst nichts.

15. Mai. Urin: Zucker 2%, 1·025, sauer. Sed.: massenhaft Bakterien, Plattenzellen, sonst nichts.

26. Mai. Urin: 1·028, sauer, Zucker 5·8%. Sed.: einige Plattenzellen und Leukozyten, kein Oxal.

11. Juni. Urin: 1·034, sauer, Zucker 7%. Sed.: zahlreiche Rhomboeder von Harnsäure, einige Leukozyten, kein Oxal.

19. Aug. Etwas Schmerzen in der rechten Schulter, sonst wohl.

Urin (frisch): 1·021, mäßig Indikan. Zucker 6·25%, Spur Serum und Nukleoalbumin. Sed.: Eiterkörperchen, Bakterien, sonst nichts. 7., 12., 20., 30. Nov. und 23. Dez.: Zucker, aber kein Oxal im Urin! Diagnose: Diabetes ohne Oxal.

Mr. J. B., 71 Jahre.

9. Dez. 1903. Hat in den letzten 7 Monaten 20 lbs. an Gewicht verloren. Einige externe Hämorrhoiden. 1 Finger lang vom Anus ist ein apfelgroßer, derber, exulzerierter Tumor an der rechten Vorderseite des Rektum palpabel, adhärent der Blase. Cor.: gut.

Urin: 1·015, rotbraun, klar, mäßig Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, massenhaft Indikan, Urea 1·1%. Sed.: massenhaft lichte Prismenoktaeder von Oxal, einige hyaline Zylinder, zahlreiche Nierenzellen.

26. Dez. Urin: kein Indikan. Sed.: zahlreiche rotbraune Scheiben, rote Blutkörperchenformen von Oxal, einige Leukozyten. Diagnose: Carcinoma recti cum Oxaluria.

Mrs. L. W. C, 40 Jahre.

27. Apr. 1907. Verheiratet, 3 Kinder: 16, 17, 18 Jahre. Vor 10 Jahren eine Frühgeburt im 6. Monat. Bis zur Geburt des letzten Kindes war sie immer gesund; auf die letztere bekam sie Laceratio, die vor drei Jahren operiert wurde. Vor $1^1/_2$ Jahren Rectovaginalabszeß operiert. Bis 1. Januar dieses Jahres blieb sie dann gesund. Sie bekam die Grippe und darauf folgte ein nervöser Zustand mit bedeutender Pulsfrequenz, schwitzte viel; Ton: zeigte 150(!). Später entwickelte sich der Exophthalmus. Sie nahm Jod, Digitalis, Strophantus, Valerian und Brom. Ohne Erfolg. Unglückliches Familienverhältnis. Stat. Puls: 108, Ton: 110. Pat.: beiderseits erhöht.

Urin: bernstein, klar, sauer, Spur Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (frisch): mäßig zahlreiche Oxaloktaeder, mittelgroße und »rote Blutkörperchen«-Formen, einige Leukozyten, keine Zylinder. 3 Tage später: sauer, zahlreiche Oxaloktaeder, mittelgroß, zahlreiche Bakterien. Herz: Dämpfung bis zum rechten Sternrand reichend, 5. Interkostalspitze, Schwirren der Aorta! Struma vasculosa, Exophthalmus. Uterus ovar.: normal. Hepato- und Nephroptosis. Milz (kein Ty., kein Mal.) gerade palpabel. Ord.: Brom, kalte Einpackungen, Rhodagen, Antithyroidin, Möbius. Diagnose: Morbus Basedowii c. Oxaluria transit.

Mr. W. V., 24 Jahre, Waldarbeiter.

14. Aug. 1907. Seit 4 Tagen kann er nichts essen, hat fortwährend Erbrechen, Fieber, Schmerzen im ganzen Körper, keinen Husten, Stuhl regelmäßig. Eigentlich schon seit 2 Wochen nicht wohl. Ton: 102, Puls: 100. Lunge, Herz: normal. Milz: palpabel! Zunge: etwas belegt, am ganzen Körper einige zerstreute Papulae. Rachen: gerötet.

Urin (frisch): dunkelbernstein, klar, sauer, mäßig Serum, exzessiv Nukleoalbumin, Eßb. 5‰, Urea 1%. Sed.: einige rote Blutkörperchen, massenhaft kubische Nierenzellen, mäßig Leukozyten, massenhaft dünne granulierte Zylinder, zahlreiche kleine Oxal. Ord.: Kalomel, Salipyrin, Laktophenin.

20. Aug. T. 98—99. Subj. wohl, Milz nicht geschwollen, kaum palpabel, die Papeln am Abdomen noch sichtbar, Zunge etwas belegt.

Urin (frisch): bernstein, trüb, alkalisch, ammoniakalisch riechend, 1·021, Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, kein Indikan. Sed. ($^1/_5$ Volum): massenhaft Ammoniak, Magn.-Kristalle und Ammonium-Uratkugeln, mäßig Bakterien, einige Leukozyten und Plattenzellen.

5. Sept. Subj. wohl. Appetit und Schlaf gut. Hatte 3 Tage Kopfschmerzen trotz Salipyrin. Morgenurin: sauer, grünlich, 1·025, kein Serum, kein Nukleoalbumin, Spur Galle, mäßig Indikan. Sed.: massenhaft große Oxaloktaeder. Milz: nicht palpabel, Zunge: rein. Ton: 99. Ord.: Tct. Chinae. Karlsbad. Diagnose: Akute Nephritis ex Influenza, Oxaluria transitoria.

A. L., 5 Jahre.

9. Mai 1904. Erkrankte mit Drüsenschwellung an beiden Halsseiten, hohes Fieber. Herz: Spitze 4. Interkostalraum. 1 Finger außerhalb mamm. kein Geräusch.

Urin: licht, bräunlichgelb (letzte Nacht bedeutend bluthaltig), bedeutend Alb. Sed.: massenhaft Epithelzylinder, zahlreiche rote Blutkörperchen, massenhaft kubische Nierenzellen, zahlreiche Leukozyten, massenhaft granulierte Zylinder.

12. Mai. Klagt über Kopfschmerzen.

Urin: trüb, gelb, 2‰ Esb., 1·008, sauer, massenhaft Alb.

14. Mai. Ton: 105, Puls: 120, Drüsen rechts kleiner, links unverändert. Herz: systolisches Geräusch! Haut: blaß und trocken.

Urin: licht, braungelb, trüb. Sed.: zahlreiche epitheliale Zylinder und Nierenzellen, hie und da »Blutringe«.

16. Mai. Der Knabe bekam plötzlich einen Anfall von Blässe, wobei er sich gar nicht rührte, die Augen nicht aufschlug und kaum atmete, auf den Ruf nicht antwortete (nachdem er heute stark geschwitzt hat!). Cor: systol. Blasen! Halsdrüsen abschwellend, Zunge noch immer weiß belegt.

Urin: idem. Lunge: normal. Abdomen: etwas aufgetrieben, kein Ödem, Ton: 99·2, Puls: 72.

24. Mai. Urin: trüb, braungelb, 1·008, neutral, bedeutend Serum und Nukleoalbumin, Esb. $^1/_2$‰. Sed.: volum., blutig, besteht aus zahlreichen roten Blutkörperchen, sehr wenig granulierten, epithelialen Zylindern, sehr wenig Nierenzellen (zahlreiche kleine Fettröpfchen enthaltend), mäßig zahlreiche Leukozyten, einige Bindegewebsfetzen.

7. Juni. Urin: $^1/_3$‰ Esb. Sed.: massenhaft rote Blutkörperchen, blasse »Ringe«, mäßig Leukozyten und Nierenzellen, kein Zylinder. Diagnose: Akute Nephritis, keine Oxalurie.

Miß S.

22. Nov. 1903. Hat Nachtschweiße, angeblich links Apicitis. 3mal Abort, rechts Ovariotomie durchgemacht, »sehr nervös«, hatte einmal Pneumonie. Herz: normal. Pat.: etwas erhöht. Lunge: rechts vorn unten und hinten in der Mitte etwas bronchitisch, links hinten oben Apicitis. Uterus: etwas vergrößert und empfindlich, sinistrovert. Leber, Milz: normal. Linke Adnexe: schmerzhaft und geschwellt.

Urin: bernstein, trüb, leicht sauer, 1·020, Serum und Nukleoalbumin positiv, kein Zucker, keine Galle, mäßig Indikan, Urea 1·7%. Sed.: zahlreiche Leukozyten, meistens Plattenzellen, mäßig Oxaloktaeder verschiedener Größe, keine Bakterien.

30. April 1904. Urin: bernstein, etwas trüb, sauer, 1·010, Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker, keine Galle, beträchtlich Indikan. Sed.: mäßig Eiterkörperchen, massenhaft Plattenzellen, einige Oxaloktaeder. Diagnose: Neurasthenia c. Oxaluria transitor.

Mrs. D. H. S., 39 Jahre.

15. Juni 1907. 2 Kinder gesund: 11 und 13 Jahre, kein Abort. Vor 10 Jahren beide Ovarien wegen Tumor entfernt und seitdem keine Menses. Hat auch eine eingerissene Portio, die nicht operiert wurde. Hat auch nervöses Asthma in Anfällen, kurzatmig mit Husten, seit der Operation. In den letzten 14 Tagen schmerzt sie alles, was sie ißt. Auf flüssige Nahrung hat sie Gase, nicht auf feste. Sie hat Schmerz im »Magen«, auch wenn sie nicht ißt. Niemals Erbrechen. Es gehen bedeutende Schleimmassen bei Anfällen vom After ab und sie befindet sich nach deren Abgang viel besser »im Magen«. Uriniert manchmal viel, manchmal sehr wenig. Beim Stiegensteigen wird sie sehr kurzatmig. Lunge: Asthma bronchiale. Herz: Syst.? Uterus: normal; Portio: oberflächliche Erosion. Ovar.: nicht palpabel. — Milz, Nieren: nicht palpabel. Pat.: beiderseits erhöht,

Blut: 100% Gowers, 65% pol., 22·5% Lymphozyten, 4·5% eosin., 4·5% große Lymphozyten, 3·5% Übergangsformen.

Urin (Katheter): bernstein, leicht, trüb, sauer, 1·017, leichteste Spur Alb., kein Zucker, mäßig Indikan, Urea 1·3%. Sed.: einige Leukozyten, mäßig mittelgroße Oxaloktaeder. Diagnose: Colitis mucosa, Asthma nervosum, Oxaluria transitor.

J. W. H., 47 Jahre, Holzhauer.

7. Sept. 1906. Vor drei Wochen bemerkte er des Morgens schwarz pigmentierte Hautstellen an beiden Schläfenseiten, die sich langsam vor, hinter und ober den Ohren ausbreiteten. In den letzten Tagen wurden auch beide Nasenflügel schwarz und an der Stirne erschienen einige Flecken. Die Flecken jucken etwas, namentlich in der Nacht, von brennender Sensation. Dies tritt auf, nachdem er tags vorher im Walde sich bei der Arbeit überhitzte und plötzlich unter Augenflimmern und Schwindel atemlos wurde, nach einigen Sekunden verschwand der Anfall.

Urin (frisch): klar, grünlich, sauer, 1·027, kein Zucker, mäßig Alb., kein Indikan, keine Galle. Sed.: einige Eiterfäden, Pflasterzellen und kubische Nierenzellen, einige hyaline und dünn gewundene, kleine, granulierte Zylinder. 5 Tage später (sauer): massenhaft Streptokokken und zahlreiche kleine Oxaloktaeder. Puls: 72, irregulär. Ton: 125(!). Ord.: Jodnatrium. Diagnose: Trophoneurose der Gesichtshaut. Oxalbildung durch Zersetzung.

Mr. J. O., 45 Jahre.

6. Aug. 1903. Klagt über Schmerzen in den Unterschenkeln, am meisten des Morgens; palpit. beim Niederlegen. Etwas bronchitisches Geräusch. Cor, Pulmo, Hepar, Milz: normal. Varikositäten der Unterschenkel. Arterien: weich und geschlängelt. Hämorrhoiden, Tremor digitor., Pat., Pup.: normal.

Urin: schwach sauer, klar, 1·020, kein Serum, kein Nukleoalbumin, kein Zucker, massenhaft Indikan, Urea 1·9%. Sed.: massenhaft Oxaloktaeder, einige rote Blutkörperchenformen, Leukozyten, einige mit jenen »roten Blutkörperchen« belegte hyaline Zylinder. Ord.: Hydropathie. Karlsbad. Diagnose: Oxaluria κατ' ἐξοχήν (rheumatisch).

F. S., 10 Jahre.

15. Sept. 1906. Das Kind klagt seit einem Jahr über Schmerzen im Epigastrium, ein »Nagen« namentlich vor der Mahlzeit. Sobald es etwas gegessen hat, wird es für eine kurze Weile besser, um aber wieder anzufangen. Zeitweise konstipiert. Ist auch »nervös«. Vor 14 Tagen kam 1 Eßlöffel Blut schaumig vom Munde; sie spuckte es auf ein Papier. Seitdem jeden Tag gegen Morgen, Mittag oder Abend. Manchmal fließt das Blut auf das Kopfkissen während der Nacht. Hustet nicht. Schläft gut in der Nacht. Appetit ist ziemlich gut. Mit dem Schmerz im Epigastrium hat sie auch einen Schmerz zwischen den Schulterblattspitzen und der Wirbelsäule, kein Nasenbluten! Lunge, Herz, Leber: normal. Nieren: nicht palpabel. Druck auf die Gallenblasengegend macht epigastrische Schmerzen, Druck auf das Epigastrium nicht schmerzhaft. Fäzes ad amm., kein Enthelminthovula zeigend! Larynx, Pharynx, Nase: normal.

Urin (frisch): licht, bernstein, klar, sauer, 1·020, mäßig Serum, kein Zucker, kein Indikan. Sed. (frisch): mäßig zahlreiche Leukozyten, kubische Epithelien, mäßig zahlreiche, nicht gut ausgebildete Oxaloktaeder, die nach 72 Stunden zahlreich, groß, mittelgroß und klein erscheinen. Auch zahlreiche große harnsaure Rhombenkonglomerate. Ord.: Magn. usta, Natrium bic. Diagnose: Hyperazidität, Oxal. transitor.

Mr. C., 40 Jahre, Priester, geboren in den Vereinigten Staaten.

Anamnesis: Vater und Mutter lebend, gesund, Vater in der Jugend etwas nervös und zu krankhafter Selbstanalyse geneigt. 1 Schwester und 1 Bruder lebend und gesund. Sonst keine Nervosität in der Familie. Er war immer physisch sehr gesund, aber niemals fähig für längere physische Anstrengungen. Absolvierte das Gymnasium, studierte Jus, hatte verschiedene Posten und mit 28 Jahren nahm er das Studium der Theologie auf in der Meinung, er fühle eine Berufung für das Priestertum. War erfolgreich in demselben, erbaute 2 Kirchen, mußte aber immer finanziell von Haus aus unterstützt werden. Als er vor 6 Monaten kein Geld vom Hause bekam, versuchte er Selbstmord, ohne Erfolg zu haben. Als er in das Sanatorium gebracht wurde, zeigte er Zeichen eines typisch deprimierten Neurasthenikers. Er glaubte, daß er verrückt werde, hatte aber keine Delusionen oder Hallu-

zinationen. War krankhaft selbstanalytisch, unsicher und launenhaft und zeigte Gedankenflucht. Z. B. verließ er das Sanatorium, ging nach einer 900 Meilen entfernten Stadt und dann kehrte er, da er fürchtete, einen Fehler begangen zu haben, indem er ohne Bewilligung der Ärzte das Sanatorium verließ, wieder in dasselbe zurück. Die physische Untersuchung zeigte nichts Abnormes außer einer Psoriasis. Längere Zeit nahm er Eisen, Chinin, Strychnin und Brom. Dieser Fall ist ein Grenzfall, aber wir wollen ihn noch als Neurasthenie betrachten.

20. Februar. Urin (24 Stunden): licht, bernstein, klar, 1·024, sauer, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (24 Stunden): mäßig Spermatozoen, einige Leukozyten, kein Oxal.

23. Februar. Urin: licht, bernstein, trüb, sauer, 1·023, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (24 Stunden): sauer, einige Leukozyten, Plattenzellen, Spermatozoen, granulierte Nierenzylinder, massenhaft amorphe Urate, kein Oxal.

27. Februar. Urin: licht, bernstein, klar, leicht alkalisch, 1·021, kein Alb., kein Zucker, mäßig Indikan. Sed. (24 Stunden): einige Leukozyten, Spermatozoen, bedeutend Bakterien, kein Oxal. Diagnose: Neurasthenie, keine Oxalurie.

Mrs. R., 37 Jahre, in den Vereinigten Staaten geboren.

Vater an Nierenkrankheit gestorben; Mutter lebend, physisch gesund geistig erratisch. Einige Brüder und Schwestern lebend und gesund. Sie war immer nervös und geneigt, die gewöhnlichen Pflichten zu vernachlässigen. Da sie keine Anstrengung machen wollte, bedurfte sie immer vieler Aufmerksamkeit von anderer Seite. Keine wichtige Krankheit seit der Kindheit. Hatte 2—3 Attacken von »Nervous Prostration«. War in verschiedenen Sanatorien. Die gegenwärtige Krankheit begann vor etwa 18 Monaten mit dem Gefühle der Ermüdung, sie wurde leicht erschöpft, fand ihre gesellschaftlichen Pflichten als große Bürde, bildete sich ein, sie verliere ihre Schönheit und war darin krankhaft. Die letzten 6 Monate sehr neurasthenisch. Blieb beinahe die ganze Zeit im Bette, behauptete, daß jede Anstrengung sie erschöpfe, klagte über Beschwerden im ganzen Körper. Hat Anfälle von Indigestion, auch etwas Gasaufblähungen, druckempfindliche Ovarienstellen, ebenso an Processus xiphoideus. Sie gibt an, daß ihre Extremitäten zeitweise geschwollen werden, auch hat sie einige Ecchymosen an verschiedenen Punkten ihrer Extremitäten, nach einigen Tagen immer verschwindend. Sie hatte viele Anfälle, während welcher sie behauptete, bewußtlos zu werden, mit leichtem Zucken der Extremitätenmuskeln, der Puls wird rapid und schwach, das Gesicht sehr blaß. Vor und nach denselben verlangt sie einen großen Teil von Aufmerksamkeit und Sympathie. Physisch kann nichts entdeckt werden außer einer leichten Vergrößerung des rechten Ovariums. Puls: 100—120, Körper wohl gepflegt, Haut blaß. Hatte bisher alle möglichen Medikamente.

20. Februar. Urin: bernstein, trüb, 1·025, leicht alkalisch, Spur Alb., Zucker positiv (Nylander, Trommer), kein Indikan. Sed. nach 24 Stunden: Ammon. magn. massenhaft, Sargdeckelkristalle, amorphe Phosphate, Plattenzellen, kein Oxal.

23. Februar. bernstein, leicht trüb, neutral, kein Zucker, kein Indikan. Sed.: massenhaft Plattenzellen (vaginal), mäßig Leukozyten, kein Oxal. 24 Stunden: idem.

27. Februar. Urin: bernstein, klar, sauer, 1·010, Spur Alb., kein Zucker, Spur Indikan. Sed.: mäßig Plattenzellen, einige Leukozyten, Bakterien, kein Oxal. Diagnose: Neurasthenie, keine Oxalurie.

R. H. D., 16 Jahre.

11. Dez. 1905. Klagt seit einer Woche über Beengungs- und Würgegefühl in der Brust, namentlich des Nachmittags; in der Herzgegend meist die ganze Zeit. Schläft gut, hustet nicht. Vor 1 Woche Halsweh. Glaubt seit einiger Zeit Katarrh der Nase zu haben. Masturbation mäßig zugegeben. Lunge-, Lebergrenze: 6. R. mamill., 7. R. axill., normaler Auskultations- und Perkussionsbefund. Herz: Spitze deutlich sichtbar pulsierend im 5. Interkostalraum in der Mamilla, hebend, so die Brachialarterien sichtbar pulsierend, unteres Sternum bis zum rechten Rand dumpfer Perkussionsschall. Undeutliches systolisches Geräusch an der Herzspitze und akzentuierender 2. Pulmonalton. Puls: 120, inäqual während der Untersuchung. $^1/_4$ Stunde nach der Untersuchung, nachdem Pat. beruhigt ist, Puls: 88, regelmäßig; Ton.: 85. Patell: bedeutend erhöht.

Urin: alkalisch, 1·008, Spur Serum und Nukleoalbumin, kein Zucker. Sed.: amorphe Phosphate, einige Nierenzellen, sonst nichts. Ord.: Bornyval, Argent. nitr. 1% für die Nase.

18. Dez. Seit Mittwoch, wo er einen bösen Anfall von Würgegefühl hatte, hatte er noch keinen Anfall; früher hatte er jeden Tag solche Anfälle. Pat.: normal(!). Puls: irreg., 102 (nach einer Weile 88). Ton.: 100. Herz: Spitze 5. Interkostalraum, 1 Finger einwärts von der Mamilla, unter Sternum gedämpft bis zum rechten Rand. Ein lautes systolisches Geräusch an der Herzspitze und sichtbare Pulsation, 2. Aortenton akzentuiert. Über der Pulmonalis ein fortgeleitetes systolisches Geräusch von der Spitze! Beim Niederdrücken der Herzgegend wird die stürmische Herzaktion beruhigt.

Urin: Phosphate, kein Alb. Ord.: Bornyval, Kampfer.

1. Jan. 1906. In den letzten 14 Tagen hatte er kein Herzklopfen und keinen Anfall von Würgegefühl. Pat.: normal. Puls: 128 (vor der Untersuchung!), regelmäßig, fühlt sich während der Untersuchung gerade nervös. Ton.: 88. Herz: Status idem. Ord.: idem, Arsenferr.

19. Febr. Hat keine Anfälle von Herzklopfen mehr. Während der Untersuchung bekommt er wieder jene Palpitation. Stat. idem.

19. März. Hat keine Palpitationen gehabt, obwohl er in den letzten 4 Wochen kein Bornyval genommen hat. Keinen Anfall von Würgen gehabt. Puls: 124 (ist aufgeregt), regelmäßig. Ton.: 100. Pat.: etwas erhöht.

Urin (frisch): klar, bernstein, alkalisch, 1·014, leichteste Spur Alb., mäßig Indikan. Sed.: Schleim, mäßig Leukozyten und kubische Epithelien, einige »rote Blutkörperchenformen« von Oxal. 24 Stunden später: idem, Bakterien. Herz: St. idem. Nase: Beide unteren Nasenmuscheln noch gerötet und geschwollen.

Ord.: Tct. Valer.,
» Chin.,
» Amygdal. aa. 10·0
} 20 gtts. × 3.

26. Juni. Auf Camphor. monobrom. hatte er viel weniger Herzklopfen, ist auch nicht so nervös. Er wird schneller müde und glaubt, daß sein »Atmen« nicht so gut ist wie früher. Puls: 120 (die ersten wenigen Minuten), nach einer Weile Puls: 96, regelmäßig. Herz: Spitze 1 Finger einwärts mamillar. am Oberrande des 6. R. epigastrium und Herzspitze, Pulsation deutlich sichtbar. 2. Pulmonalton akzentuiert, Dämpfung den rechten st. Rand erreichend.

Urin (frisch): bernstein, klar, sauer, 1·024, kein Zucker, kein Alb., Spur Indikan. Sed. (48 Stunden): massenhaft Oxaloktaeder, mittelgroß, einzeln und in Gruppen, mäßig zahlreiche harnsaure Rhomben, einige Leukozyten.

9. Juli. Hat nach 2 Pollutionen in 2 aufeinanderfolgenden Nächten wieder jene Herzangst und Herzklopfen bekommen, so daß er sich in der Nacht aufsetzen mußte. Er glaubt selbst, daß es von der Aufregung herkam.

Urin (frisch): licht, bernstein, trüb, alkalisch, 1·025, kein Zucker, mäßig Alb., exzessiv Indikan. Sed. (24 Stunden): besteht aus amorphen Phosphaten, beträchtlichen Mengen mittelgroßer Oxaloktaeder und mäßig zahlreichen Flügelformen von Calciumphosphatkristallen, sehr licht und stark lichtbrechend. 48 Stunden später: alkalisch, zahlreiche amorphe Phosphate, Calciumphosphate und zahlreiche mittelgroße Oxaloktaeder. Ord.: Brom. Lupulin. Ergotin, Kampfer.

23. Juli. Hat im Heufelde gearbeitet und keinen Herzklopfenanfall gehabt. Schläft gut. Hat keine Pollutionen mehr.

Urin (frisch): alkalisch, bernstein, trüb, 1·025, Spur Alb., kein Zucker, beträchtlich Indikan. Sed. (24 Stunden): alkalisch, amorphe Phosphate, Rosetten und Fächerformen von Calciumphosphaten, kein Oxal, bedeutend Bakterien.

5. Sept. Hat trotz der Arbeit keinen Anfall von Herzklopfen, auch keine Pollutionen gehabt, nimmt Brom, Lupulin jede 2. Nacht. Puls: 118. Ton.: 115.

Urin (frisch): licht, bernstein, trüb, alkalisch, 1·012, kein Alb., kein Zucker, mäßig Indikan. Sed.: amorphe Phosphate, einige Leukozyten, einige »rote Blutkörperchenformen« von Oxal. Ord.: Thyroidintabletten, Tct. Valerian.

7. Nov. Hat einigemal Herzklopfen gehabt, gewöhnlich nach vielem Herumgehen, nicht zur Nachtzeit; auf Tct. Valerian. hörte es auf. Nahm $^1/_2$ Flasche Thyroidintabletten, bekam aber Herzklopfen und mußte aufhören. Beim Gehen wird er ganz kurzatmig. Herz: 3.—5. Interkostalraum bis zum rechten Sternalrand, einen Finger denselben überschreitend, gedämpfter Schall, 4.—5. Interkostalraum hebend, 1 Finger einwärts der Mamilla der hebende Spitzenstoß sicht- und fühlbar. Systole an der Herzspitze etwas undeutlich, 2. Pulmonalton akzentuiert. Puls: 112, regelmäßig.

Urin (frisch): licht, bernstein, trüb von Phosphaten, 1·020, kein Alb., kein Zucker, kein Indikan. Sed. (48 Stunden): alkalisch, massenhaft amorphe Phosphate, mäßig zahlreiche kleine und mittelgroße Oxaloktaeder. Ord.: Digitalistabletten, 0·03 täglich; Tct. Valerian.

13. März 1907. Hat etwas gearbeitet, aber keinen Herzklopfenanfall gehabt.

Urin (von letzter Nacht in Flasche): licht, bernstein, trüb, mäßig alkalisch, leichteste Spuren Alb., mäßig Indikan. Sed.: massenhaft amorphe Phosphate, mäßig zahlreiche kleine Oxaloktaeder. 24 Stunden später (alkalisch): idem, zahlreiche kleine Oxaloktaeder, mäßig zahlreiche Bakterien. Ord.: Menthol 0·1×3.

15. Mai. Hat hie und da Herzklopfen, aber keine Beklommenheit. Hat Menthol 0·1×3 eine Woche lang genommen und dann wieder eine Woche ausgesetzt etc. Puls: 104 (hat gerade etwas Herzklopfen, wie er bemerkt).

Urin (Flasche von letzter Nacht): klar, bernstein, sauer, kein Alb., massenhaft Indikan. Sed.: massenhaft Oxaloktaeder, mittelgroß, zahlreiche Hefezellen.

Urin (frisch): bernstein, leicht trüb, sauer, 1·026, kein Alb., kein Zucker, massenhaft Indikan. Sed.: zahlreiche Oxaloktaeder aller Größen. Ord.: Menthol fortsetzen.

17. Juni. Urin (Flasche): bernstein, klar, sauer, leichteste Spur Alb., bedeutend Indikan. Sed.: sauer, massenhaft amorphe glänzende kugelige Massen und messerschneideförmige lichte Kristalle einzeln und in Rosettenformen angelegt. Zusetzen von Acid. acet. löst die amorphen Massen auf und läßt zahlreiche kleine Oxaloktaeder erscheinen. Die messerschneideförmigen Kristalle sind nicht aufgelöst. Zahlreiche Bakterien.

2. Juli. Fühlte sich nicht wohl in letzter Zeit, nimmt Menthol 3mal täglich und Kissingerwasser vor jeder Mahlzeit bis heute, eine Woche lang.

Urin (Flasche): leicht, bernstein, trüb, alkalisch, kein Alb., Spur Indikan. Sed.: amorphe Phosphate, sonst nichts. Auf Zusetzen von Acid. acet. lösen sich dieselben auf und es bleibt nichts übrig. 48 Stunden später: idem. Ord.: Champhor. monobrom. 0·3.

22. Aug. Hat nur hie und da — etwa 1mal wöchentlich — jenes erstickende Gefühl in der Brust, aber nicht mehr kurzatmig. Sonst befindet er sich wohl, schläft und ißt gut.

Urin (Flasche): neutral, trüb, massenhaft Indikan. Sed.: amorphe Phosphate, die auf Acid. acet. sich auflösen, aber ohne Oxal erscheinen zu lassen! Ord.: alle Medikamente aufgeben, außer Arg. nitr. für die Nasenbehandlung. Diagnose: Vitium cordis compensat. Indikanuria — Oxaluria c. Phosphaturia.

Literatur.

Abeles M., Über alimentäre Oxalurie. Wiener klin. Wochenschr., 1892, Nr. 19 und 20.

Adler J., Some remarks on oxaluria and its relations to certain forms of nervous disease. Med. Rec. New York 1893, 673—677.

Alivia Michele, L'ossaluria. Studio e considerazione critiche. Lassari 1885.

Alison, The Lancet, November 1850.

Allchin, The Lancet, 1880, 186, 235.

Almén, Upsala Läkareförenings Förhandl., 1868, Bd. II, Heft 4.

Aristow, St. Petersburger deutsche med. Wochenschr., 1896, Bd. XXI.

Arthus und Pages, Du Bois-Reymonds Archiv, 1891, Heft 5.

Auerbach, Zur Kenntnis der Oxydationsvorgänge im Tierkörper. Virchows Archiv, 1870, Bd. LXXVII.

Autenrieth und Barth, Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1900, Bd. XXXV, Heft 4—5.

Babington, Dubliner med. Journal., Nov. 1864.

Ballo, Ein Beitrag zur Pflanzenchemie. Ber. d. deutschen chem. Gesellsch., 1884, Nr. 17.

Balmann Th., Researches and observations on scrofulous disease of the external glands. London 1852.

Barham, Vergiftung. Provinc. med. Journ., 1847, Nr. 20.

Barker O., Vergiftung. The Lancet, 1855, Nr. 22.

Bartow, Clin. Soc. Trans., XVI.

Bat, Coliques néphritiques, se répétant à intervalles plus ou moins éloignées pendant 15 mois, au bout de quels se produit l'expulsion d'un calcul d'oxalate de chaux de forme remarquable. Gazette médicale de Picardie, Amiens 1889, VII.

Bathurst Woodman, Vergiftung: Massenhaft Kristalle im Harn. Lond. med. Tim. and Gaz., 8. Oktober 1864, Nr. 8.

Bauer, H. Oxalurie und ihre Behandlung. Philadelphia med. and surg. Reporter, 14. April 1883.

Baumert, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Braunschweig 1889—1893.

Bayley, Vergiftung. The Lancet, 1883, I, Nr. 10.

Beale Lionel, Med. Times and Gaz., 4. Januar 1862.

Beale, Vergiftung. The Lancet, 28. September 1867.

Begbie J., On dyspepsia and nervous disorder in connection with oxalic diathesis. Contributions to practical medicine. London, Black, 1862—1878.

— On oxalic diathesis. Monthly Journ. of med. scienc., August 1849.

— Oxalic acid diathesis in gout. Lancet 1854, I, 60.

Bence Jones, An animal chemistry in its application to stomach and renal disease London 1850.

Beneke, Grundlinien der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin 1874, 281.
— Zur Entwicklungsgeschichte der Oxalurie. Göttingen 1850 und 1852.
— Zur Physiologie und Pathologie des phosphorsauren und oxalsauren Kalkes. Göttingen 1850.
Binz, Über die Wirkungen eines neuen synthetischen Alkaloids. Arch. f. experim. Path. u. Pharm., Bd. IV.
Bischoff, Über die Verteilung der Oxalsäure im Organismus. Ber. d. deutschen med. Gesellsch., 1883, Bd. XVI.
Bloom, Oxaluria as a cause of urethritis and other Symptoms. Louisville, J. S. M., 1898.
Boehm (Naunyn, v. Bolck), Intoxikationen. Leipzig 1880.
Boicho, A simple treatment for oxaluria. Med. minor. St. Louis 1895, 459—461.
Borodin, Über diffuse Ablagerung von Kalkoxalat in den Blättern. Botan. Zentralbl., 1893, Nr. 20.
Bouchardat, Annuaire de thérapie, 1850.
Boursier, Oxalurie. Annal. de la Soc. d. Hydr. méd. de Paris 1894.
— Gravelle oxalique et hémoglobinurie paroxystique ou a frigore. Annal. des maladies des organes génito-urinaires, 1892.
Boyd, Oxaluria and Haematuria. Lancet, 1891.
Bradeley, Med. Times, September 1849.
Brouardel, Infiltration der Magenschleimhaut mit Oxalsäure bei Ulcus ventr. Annal. d'hyg., Sér. 5, Bd. XXXII.
Brugnatelli, Istologia umana, 1787.
Brush, Vergiftung. The Lancet, Juli 1846.
Buchheim und Piotrowski, Über den Übergang einiger organischer Säuren in den Harn. Arch. f. physiol. Heilk., 1857, I.
Budd, On the organic diseases and functionel disorders of the stomach. London 1855.
Buisine, Kalksalze der Oxalsäure im Wollschweiß der Schafe enthalten. Compt. rend. de l'Acad. des sciences de Paris, 1886, Bd. CIII; 1887, Bd. CIV; 1888, Bd. CVI.
Bullinger, Über die Kristallform des oxalsauren Kalkes in medizinischen Pflanzendrogen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., Bd. XVIII, Heft 4.
Bunge, Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie.
Burggraeve, Die Bildung von Blasensteinen aus Kalkoxalat.

Calmette E., Des Rapports entre la glycosurie, le diabète, l'oxalurie et les differents formes de l'impaludisme. Gaz. hebdom. de méd., 1882, XIX.
Cantani A., Spezielle Pathologie und Therapie der Stoffwechselkrankheiten. Deutsch von L. Hahn.
Cantani, Oxalurie (Denicke, Berlin 1880).
Cardarelli, Morgagni, 1879.
Cardarelli A., L'ossaluria. Lettere al dottore Primavera. Morgagni, Napoli 1879.
Cantani A., Theorie und Therapie der Oxalurie. Zeitschr. f. Therapie mit Einbeziehung der Elektro- u. Hydrotherapie. Wien 1885.
— Un caso di ossaluria. Gior. internaz. d. sc. med. Napoli 1889.
Casall, Nachweis der Oxalsäure im Essig. Pharmazeut. Jahresbericht, 1883—1884.
Caspari W., Über chronische Oxalsäurevergiftung. Inaug.-Dissert., Leipzig 1895; Biedermanns Zentralbl. f. Agrikulturchemie.
Cavazzani, Dell' azione dell' ossalato di potassio sul plasma muscolare quale contributo alla dottrina della sua contrazione e di un nuovo antagonismo farmacologico. Bibliogr. Ital., II.

Chevallier, Vergiftung mit oxalsaurem Kali. Annal. d'Hygiène publ., Januar/April 1850.
Chowodry B. N., Oxaluria symptoms and treatment. Indian Lancet. Calcutta 1896.
Christison, Abhandlung über die Gifte. Übersetzung aus dem Englischen. Weimar 1831.
Christison und Coindet, An experimental inquiry of poisoning by oxalic acid. Edinburgh med. Journ., 1823; aus dem Englischen von Kühn. Leipzig 1824.
Christison und Webb, London med. Tim. and Gaz., 15. Oktober 1859.
Cippolina, Über Oxalsäure im Organismus. Berliner klin. Wochenschr., 1901, Bd. I.
Clasu Ad., Ber. d. deutschen chem. Gesellsch., Bd. VII.
Cohen L. H., Remarks on Oxaluria. New Orleans Journ. of Med., July 1866.
Cook, Brit. med. Journ., 1883.
Coupin H., Baryumoxalat neben anderen Baryum- und Kalziumverbindungen wegen der geringen Löslichkeit nicht giftig. Compt. rend., 1900, 130.
Craig, The significance of octahedral crystals of calcium oxalate in urine. Practitioner, Mai 1886.
Curci, L'azioni biologica dell' acido ossalico e dei suoi derivato in relazioni con la constituzione atomica. La Terapia med., 1892, Nr. 9—10; Arch. ital. de biolog.
Cyon M., Über die toxische Wirkung der Baryt- und Oxalsäureverbindungen. Archiv von Reichert und Du Bois-Reymond, 1866.
Czapek, Beiträge zur Kenntnis der Oxalsäureausscheidung im Menschenharn. Prager Zeitschr. f. Heilk., 1881, 2.

Da Costa, Oxalurie bei Albuminurie. Amer. Journ. of the med. scienc., Januar 1893.
— The albuminuria and the Brights disease of uric acid and of oxaluria. Amer. Journ. of the med. scienc. Philadelphia 1893.
Dabs, Vergiftung. Brit. med. Journ., 6. März 1866.
Damon, Oxalsäuregehalt der »pieplant«. Pharmazeut. Jahresber., 1883—1884.
Deane, Vergiftung. Provinc. med. Journ., 1851.
Debout, d'Estrées, Oxaluria especially in its relations to uric acid. New York med. Record, 8. Juli 1888.
Dirmoser, Bei Hyperemesis gravidarum Oxalsäuremenge des Harns vermehrt. Wiener med. Wochenschr., 1899, Nr. 41.
Dominicis, Oxalurie. Wiener med. Wochenschr., 1896, Nr. 18—20.
Dormé, Compt. rend. de l'Acad. des sciences. Paris 1839.
Dougall, Glasgow med. Journ., Mai 1872.
Dragendorff, Gerichtlich-chemische Ermittlung von Giften. Göttingen 1895.
Down Langdon, Fall von Fettdiarrhöe etc. Transactions of the clin. soc., 1869.
Duckworth, Notes on artificial production of oxaluria. Med. Tim. and Gaz., 1867, Bd. I.
Duckworth Dyce, Haematuria. Brit. med. Journ., 1869.
— Notes on Oxaluria. M. Bartholom. Hosp. Rep., II.
Dunlap J. C., Oxaluria and the excretion of oxalic acid in urine. Tr. med. Chir. Soc. Edinburgh 1895—1896.
— The excretion of oxalic acid in urine and its bearing on the clinical condition called Oxaluria. Rep. Lap. Roy. Coll. Phys. Edinburgh 1897.
Durselen C. N., Oxaluria and especially the comparative and respective merits of nitro-muriatic acid and biphosphate of Sodium and its treatment. Cincinnaty Lancet, Clinic, 1884.

Ebstein u. Nicolaier, Über die experimentelle Erzeugung der Sehrumpfniere durch Oxalsäure- und Oxamidfütterung. Verhandl. d. XI. Kongresses für innere Med. zu Leipzig. Wiesbaden 1892.
— Über experimentelle Erzeugung von Harnsteinen. Wiesbaden 1891.
— Über die Wirkung der Oxalsäure und einiger Derivate derselben auf die Niere. Virchows Archiv, 1897, Bd. CXLVII.
Ellis, Vergiftung. The Lancet, September 1864, II, Nr. 10.
— Oxalurie: Übersicht derselben; Oxalsäuregärung im Darmkanal. Boston med. Journ., 19. Januar 1887.
Eichhorst, Handb. d. speziellen Pathol., 1884.
Emmerling, Bei Zersetzung von Eiweiß durch Staph. pyog. aureus entsteht Oxalsäure. Ber. d. chem. Gesellsch., Bd. XXIX.
Erdtmann, Vergiftung. New York med. Record, 13. September.
Esbach, L'oxalurie. Bull. gén. de thérap., 1883, 15.

Fagge, Principles and Practice of Med., 2. edit., Vol. II.
Falck, Lehrbuch der Toxikologie. Stuttgart 1880.
v. Feray, Über den Einfluß des Sauerstoffgehaltes der Luft auf den Stoffwechsel. Pflügers Archiv, 1896.
Foster u. Friedberger, Oxalsaurer Kalk im Pferdeharn. Zeitschr. f. prakt. Veterinärwissenschaft, Bern 1874, Nr. 2.
Foulerton, On the association of Oxalate of lime in the urine with haematury or haemoglobinury. The Lancet, 4. Oktober 1890.
Fourcroy, Erster Nachweis von Oxalsäure im Harn. Système de connaissances chimiques. Paris 1801.
Fraenkel, Über Oxalsäurevergiftung. Zeitschr. f. klin. Med., 1881, Bd. II.
Franco, Sul concetto e sulla cura del' ossaluria. Independente. Torino 1879.
Frazer, Vergiftung. Edinburgh Med. and Surg. Journ.
Freund E., Vortrag in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien 1902. Wiener klin. Wochenschr., 1902, Nr. 18 u. 19.
Frick Ch., Remarks on the relation of the Dumb bell crystals to urie acid. Amer. Journ. of Med. science, 1850.
— Remarques sur la diathèse d'oxalate de chaux et sur son traitement. Gaz. de hôpit., 1849.
Fröhner, Toxikologie für Tierärzte. 2. Aufl. Stuttgart 1901.
Fürbringer, Beobachtungen über einen mit hochgradiger Oxalurie und Oxaloptyse komplizierten Fall von Diabetes mellitus mit eigentümlichem Verlauf, nebst Bemerkungen über die Erscheinungsform des oxalsauren Kalks im Harnsediment. Deutsches Archiv f. klin. Med., 1875, Bd. XVI.
— Zur Oxalsäureausscheidung durch den Harn. Deutsches Archiv f. klin. Med., 1876, Bd. XVIII.
— Bemerkungen zum Nachweis der Oxalsäure im Harn. Med.-chir. Rundschau, 1893.

Gaglio, Sulla formazione del acido ossalico nell' organismo animale; nuovo sperienee. Arch. p. le se. med., 1883—1884, VII, Nr. 26.
— Über die Unveränderlichkeit des Kohlenoxyds und der Oxalsäure im tierischen Organismus. Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmak., 1887, Bd. XXII.
Gall Sir William, zit. v. Vanderpool, Albuminuria etc.

Gallois, Mémoire sur l'oxalate. Gaz. méd. de Paris, 1859.
— Mémoire sur l'oxalate de chaux dans les sédiments de l'urine dans la gravelle et les calculs. Gaz. méd. de Paris, 1859, Nr. 35—49.
Galowin E., Über die Behandlung der Nierensteinkrankheit. Petersburger med. Wochenschrift, 1881, Nr. 48 und Münchener ärztliche Rundschau, 1892, Nr. 43.
Garrod, Lancet, 1849, II.
Geochegan, Vergiftung. Über die Wirkung der Oxalsäure auf den Froschorganismus. The Dublin med. Press, 1846, Nr. 379. Würzburg 1891.
Giessler, Die Lokalisation der Oxalsäure in den Pflanzen. Jenasche Zeitschr. f. Naturwissenschaft, N. F. 20, 3—4.
Giunti, Annal. di Chim., 25. Oktober 1897, 9.
Golding Bird, Lectures of the physical and pathological characters of urinary deposits. Deutsch, Wien 1846.
Goodfellow, Vergiftung. Brit. med. Journ., 20. Mai 1871.
Gorup-Besanez, Physiologische Chemie.
Gottlieb, Über die quantitative Bestimmung des Harnstoffs in den Geweben und den Harnstoffgehalt der Leber. Arch. f. experim. Path. u. Pharm., 1899, Bd. XLII.
Gray, Vergiftung. Med. Presse, 1882.
Gunn, Qualitativer Nachweis von sehr geringen Mengen Oxalsäure durch Ferrophosphat. Pharm. Journ., 1894, Nr. 1221, 408.
Guyard, Einwirkung der Oxalsäure auf Chlorate, Bromate, Jodate. Bull. de la Soc. chim. de Paris, Bd. XXXI.

Haas, Über Oxalurie mit Beobachtung an einem neuen Fall dieser Stoffwechselstörung. Inaug.-Dissert., Bonn 1894.
Hahn siehe Russo-Gilberti, dort auch Gorup-Besanez.
Hamleth & Plowright, Oxalsäure als Bestandteil verschiedener Pilzsorten. Chem. News, 36, 93, 94.
Hammarsten, Lehrbuch der physiologischen Chemie, III. Berlin 1881.
— Studium über Mucin etc. Pflügers Archiv, XXXVI.
Hammerbacher, Zur Physiologie der Oxalsäure. Pflügers Archiv, Bd. XXXIII.
Harnack E. & D. v. Leyden, Else, Über Indikanurie infolge von Oxalsäurewirkung. Zeitschr. d. physiol. Chemie von Hoppe-Seyler, 1900, Bd. XXIX.
Hart, Vergiftung. Lancet, Oktober, I, 1898.
Hebb, Vergiftung. London Med. Repos., 1824, Nr. 132.
Headland F. W., An essay on the action of medicine in the system, London 1852.
Hendfield Jones, Brit. med. Journ., 12. Oktober 1861.
Herapath, Vergiftung. London Med. Tim. and Gaz., 25. April 1868.
Hertz, Bonn 1875.
Heymans, Über die relative Giftigkeit der Oxal-, Malon-, Bernstein- und Brenzweinsäure sowie ihre Natronsalze. Archiv v. Du Bois-Reymonds, 1889.
Hill Hassalt A., On certain important prints in the chimistry and pathology of the urine. Lancet, 2. Februar 1850.
Hindess, Inaug.-Dissert., Dorpat 1886.
Hoefle M. A., La chimica e la microscopia al letto dell'ammalato, 1856.
Hoffmann J. E., Oxaluria. Med. Age. Detroit 1887.
Holtzner, Über die physiologische Bedeutung des oxalsauren Kalks. Flora, 1868.
Hood, Vergiftung. Lancet, 20. Februar 1886, I.

Hoppe-Seyler, Handbuch der physiologischen und pathologisch-chemischen Analyse. 1875.

Howell W. H., The action of oxalat solutions on nerve and muscle irritability and rigor mortis. Journ. of Physiology, 16, 5—6.

Hunt, Anwendung von Kalk bei Oxalsäurevergiftung mit großem Erfolg. Med. Tim. and Gaz., 12. Januar 1878.

Huppert, Harnanalyse, 10. Aufl.

Huscmann, Zuckerkalk als Antidot bei Karbolsäure- und Oxalsäurevergiftung. Jahrb. f. Pharm., 1871.

— Toxikologie. Berlin 1862. Suppl.-Bd. 1867.

— Oxalsäure. Aufsatz in Eulenburgs Real-Encyclopädie der gesamten Heikunde, 1898, Bd. XVIII.

Husemann-Hilger, Die Pflanzenstoffe. Berlin 1882, 2. Aufl., Bd. I.

Jaksch, Die Vergiftungen. Wien 1897.

Jackson, Vergiftung durch Kaliumbioxalat. Londoner Med. Gaz., Dezember 1840.

Jackson & Marion, Vergiftung. Boston Med. and Surg. Journ., 14. Oktober 1875, 93, Nr. 16.

Jaffé, Zeitschr. f. physiol. Chemie, VII.

Johnson, Vergiftung. Brit. med. Journ., April 1881.

— Brit. med. Journ, 1883, Nr. 24; 1883, Nr. 13.

Jones, Cases of baruria. Brit. med. Journ., 12. Oktober 1861.

Kirchenmeister, Phosphorsaurer Kalk bei Oxalurie. Deutsche Klinik, 1852.

Kisch, Zur Kenntnis der Oxalsäureausscheidung bei Lipomatosis universalis. Berliner klin. Wochenschr., 1892, Nr. 15.

— Über Oxalsäureausscheidung bei Diabetes mellitus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28.

— Zur Lehre von der Oxalurie. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 18.

— Ein Beitrag zur pathologischen Oxalurie. Zentralbl. f. d. Harn- und Sexualorgane, 7, 4.

— Über den Einfluß von Trinkkuren mit alkalischem Mineralwasser auf Oxalsäureausscheidung im Harn. Therapeutische Monatshefte, 1896, 10, 3.

Klemperer G. und Tritschler F., Zeitschr. f. klin. Med., 1902, XLIV, 3 und 4.

Klostermann, Dissertatio inauguralis de acidi oxalici in organimum animalem efficacia experimentis novis illustrata. Berlin, Februar 1824.

Kobert, Lehrbuch der Intoxikationen. Stuttgart 1893.

Kobert & Küssner, Die experimentellen Wirkungen der Oxalsäure. Virchows Archiv, 1879, Bd. LXXVIII; Nachtrag in Virchows Archiv, 1880, Bd. LXXXI.

Koch R., Wirkung der Oxalate auf den tierischen Organismus. Dorpater Dissertation, 1879. Arch. f. experim. Path. u. Pharm., 1881, Bd. XIV.

Kohl F. G., Anatomisch-physiologische Untersuchungen der Kalksalze und der Kiesel, säure in den Pflanzen. Marburg 1889.

Koppel H., Literarische Zusammenstellung der 1880—1890 in der Weltliteratur beschriebenen Fälle von Vergiftungen durch Blutgifte. Inaug.-Dissert., Dorpat 1891.

Krohl P., Zur Kenntnis der Oxalsäure und einiger Derivate derselben. Inaug.-Dissert., Dorpat 1891, abgedruckt in Koberts Arbeiten des pharmak. Instituts zu Dorpat 1891.

Kühn C. G., Progr. de Salis Acetosellae venenata virtute. Lipsiae 1824.

Kühne, Lehrbuch der physiologischen Chemie, 1861.
Kunkel, Toxikologie. Jena 1899.

Ladenburg, Handwörterbuch der Chemie. Breslau 1890, Bd. VIII.
Laneer M., Thèse de Paris, 1896.
Lassaigne, Journ. de chim. méd. Paris 1828.
Laurenzie, Gaz. des hôpit. Paris 1854.
Leccoeur, Compt. rend., 104.
Leeoeur, De l'oxalurie physiologique et pathologique. Étude historique, expérimentale et clinique. Gaz. hebdom., 1900.
Lehmann, Über den Säuregrad des menschlichen Harnes etc. Bibl. for Läger, 56.
Lesser A., Die anatomischen Veränderungen des Verdauungskanales durch Ätzgifte. — Vergiftung mit Oxalsäure. Virchows Archiv, 1881, Bd. LXXXIII.
Lesser, Atlas der gerichtl. Medizin. Berlin 1884.
Leube, Die Lehre vom Harn, 1882.
Lewin, Lehrbuch der Toxikologie. 2. Aufl., Wien und Leipzig 1881.
Leyden, Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik.
Lintner und Düll, Über den Aufbau der Stärke durch die Wirkung der Oxalsäure. Ber. d. deutschen chem. Gesellsch., 28.
Loebisch, Anleitung zur Harnanalyse. 2. Aufl., Wien und Leipzig 1881.
Loevy, Über einen Fall von Pylorusstenose nach Oxalsäurevergiftung. Dissert., Berlin 1896. (Aus der III. med. Klinik in Berlin.)
Loew, Studium der Oxalatvergiftung auf Pflanzenzellen. Flora 1892.
— Über die Giftwirkung der Oxalsäure und ihrer Salze. Münchener med. Wochenschr., 1892, 39. Jahrg., Nr. 32.
— Ein natürliches System der Giftwirkungen. München 1893.
Lommel, Über die Herkunft der Oxalsäure im Harn. Deutsches Arch. f. klin. Med., 1899, Bd. LXIII.
Looke, The action of sodium oxalate on volutare muscle. Journ. of Physiol., Vol. 15, Nr. 1 und 2.
Ludwig, Med. Chemie. Wien und Leipzig 1893.
Luna Marchese de G., Cristalli di ossalato di caleio d'azza nelle orine. Cliniea med. Ital. Milano 1898.
Lüthje, Zur physiologischen Bedeutung der Oxalsäure. Zeitschr. f. klin. Med., 1898, Bd. XXXV, Heft 3 und 4.
Luzatto A. M., Zur Physiologie der Oxal- und Oxalursäure im Harn. Zit. nach Hoppe-Seyler, 1903, Bd. XXXVII, Heft 3.

Maclagan, On the characters of urine depositiny Oxalate of lime. Monthly Journ. of Med. scienc., Dez. 1853.
Magendie, Über die Ursachen, Symptome und Behandlung des Grießes und der Blasensteine. Deutsch von Zoellner, 1820.
Marcet, zit. von Golding Bird.
Marfori, Über die Umwandlung einiger Säuren der Oxalsäurereihen im menschlichen Organismus. Annal. di chim. e di farmacol., 1890, 12.
— Sul eontegno dell' acido ossalieo nell' organismo. Annal. di chim., Mai 1896.
— Annali di chim., Mai 1897.
De Martini, 1864.

Maschka, Handbuch der gerichtl. Medizin. Tübingen 1881—1882, Bd. II.
Mayer, Experimentelle Beiträge zur Wirkung der Oxalbasen. Bonn 1881.
Meckel, Mikrogeologie über die Konkremente im tierischen Organismus. Berlin 1845, ed. Billroth.
Méhu, Sur une forme rare de gravius d'oxalate de chaux. Annal. des maladies des organes génito-urinaires.
Mendelssohn, Charité-Annal., 1887, 12.
Meyer H. und Feitelberg, Studien über die Alkaleszenz des Blutes. Arch. f. experim. Path. u. Pharm., Bd. XVII.
Mills W., Über die Ausscheidung der Oxalsäure durch den Harn. Virchows Arch., Bd. XCIX.
Mircoli Stefano, Sulle cause che fanno sfuggire la diagnosi d'ossaluria. Gaz. degli ospedali, 1894.
Mirellei, Der Harn bei Pellagra und anderen Hautleiden. Annal. univ. Genua, Firenze 1854.
Mitscherlich, De acidi acetici, oxalici ..... effectu. Berlin 1845.
Moddermann R. S. T., Over the oplosbaarehild van zuring zuren Kalk in urine. Nederl. Tydschr., 1867.
Montagnon, Lyon Méd., 1886, 51, Nr. 2.
Moore, Vergiftung. Path. Tr., 1881—1882, 33, 140.
Moraczewski, Zentralbl. f. innere Med., 1901, XXII.
Mosler, Zur Diagnose der linealen Leukämie aus der chemischen Beschaffenheit der Transsudate und Sekrete. Virchows Archiv, Bd. XXXVII.
Müller, Vergiftung durch saures oxalsaures Kali; Exitus letalis. Pharm. Jahresber., 1874.
— Über die Entstehung von Kalkoxalatkristallen in pflanzlichen Zellmembranen. Inaug.-Dissert., Leipzig 1890.
Munk, Oxalurie. Aufsatz in Eulenburgs Real-Encyclopädie d. ges. Heilkunde, 1898, Bd. XVIII.
Munk und Leyden, Berliner klin. Wochenschr., 1864, 50 und 51.
Munzer, Zur Kenntnis der Vergiftungen durch Oxalsäure. Inaug.-Dissert., Berlin 1887.
Mürset A., Untersuchungen über Intoxikationsnephritis. (Alloin, Oxalsäure.) Arch. f. experim. Path. u. Pharm., 1885, Bd. XIX.

Nathusius, Einiges über den Einfluß der Oxalsäure in Futterstoffen. Zeitschr. d. Verf. f. Rübenzuckerindustrie des Deutschen Reiches, 1897.
Neidert, Oxalurie und nervöse Zustände. Münchener med. Wochenschr., 1890, Jahrg. 37, Nr. 34.
Neubauer, Über Zersetzung der Harnsäure im Tierkörper. Annal. d. Chem. u. Pharm., 1856, Bd. CXIX.
— Über Oxalsäurebildung. Arch. f. wissenschaftl. Heilk., 1858.
— Beiträge zur Harnanalyse. Fresenius' Zeitschr. f. analyt. Chemie, 1868.
— Zeitschr. f. analyt. Chemie, 1869, 8.
— Oxalsäure als Bestandteil des Weinlaubes und der Rebtränen. Landwirtschaftl. Versuchsst., 1873, 427 und Annal. önol., 4.
Neubauer und Vogel, Harnanalyse. Wiesbaden 1890.
— Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harnes, 1858, 3. Aufl.
Neuberg A., Toxikologische Studien über einige organische Säuren. Inaug.-Dissert., Dorpat 1893.

Neuberger, Über die Kalkablagerungen in den Nieren. Arch. f. experim. Path. u. Pharm., 1890, Bd. XXVII.
Neumann, Vergiftungen. Charité-Annalen, 1883, 8, 2.
Neumeister, Lehrbuch der physiologischen Chemie. Jena 1897.
Newmann, Über Lumbago. Brit. med. Journ., 1859, 12.
Nicholson A. R., Oxaluria. Philadelphia med. Times, Nr. 27.
Nickel O., Experimentelle Beiträge zur quantitativen Bestimmung der Oxalsäure im Harn. Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1887, Bd. II.
Norris H. J., Treatment of Oxaluria by permangan of potassa. Massachusetts, M. J. Bost., 1891.
Norton, Oxaluria with the symptoms of vesical calculus sounding for stone, followed by reflex paralysis, cured. Med. Press. and Circ. London 1881.
Nothnagel-Roßbach, Handbuch der Arzneimittellehre. 5. Aufl. Berlin 1884.
Nursey, Vergiftung. Lancet, I, 18, 1880.

Ogiloy, Vergiftung. Lancet, August 1845.
Oliver, Vergiftung. Brit. med. Journ., 14. September 1895.
Onsum, Virchows Archiv. 1863, Bd. XXVIII.
Orfila, Toxikologie. Übersetzung von Krupp. Braunschweig 1852.
Orsi, Diabetes kombiniert mit Oxalurie. Gazz. Lombard., Nr. 1.
Osborne, London med. Tim., Februar 1850.
O'Shea, Lancet, September 1845.
Otto, Ausmittlung der Gifte. 6. Aufl. Braunschweig 1834.
Ouchberony, John, Oxaluria.
Owen Rees, On calculus disease and its consequences. London 1856.

Park R., Vergiftung. Glasgow Med. Journ., September 1888.
Parron und Robin, Oxalsaurer Kalk im Harn ikterischer Neugebornen. Revue de méd. et chir., Mai 1879.
Paulus, Akute Oxalsäurevergiftung. Inaug.-Dissert., Göttingen 1897.
Perey, De acidi oxalici vi venenata. Inaug.-Dissert., Edinburgh 1821.
Petruschky, Einfluß der Oxalsäure auf die alkalische Reaktion der Körpersäfte. Deutsche med. Wochenschr., 1891, 17, 20.
Pettcruti, Oxalurie.
— Experimenti ed osservazioni ulteriori intorno alla ossaluria. Contribuzioni alla sua patogenesi e cura. Napoli 1886.
Peybie, Oxalurie ist eine endogene Toxikose. Zit. nach Schmidts Jahresber., 1850,
Pfeffer, Bildungsbedingungen der Oxalsäure in Pilzen. Ber. d. sächs. Akad. d. Wissenschaften, 1891.
Pfeiffer, Archiv d. Pharm., 1878, Bd. X.
— Über Oxalsäurenierensteine und über Oxalurie. Zentralbl. d. Harn- u. Geschlechtskrankheiten, 6.
Pierallini G., Über alimentäre Oxalurie. Virchows Archiv, 1900, Bd. CLX.
Piering, Ein Fall von Scheidenstenose nach Verätzung mit Oxalsäure. Archiv f. Gyn., 1897, 54, I.
Piotrowski, De quorundam acidorum in organismo humano mutationibus. Inaug.-Dissert., Dorpat 1856.

Piotrowski und Buchheim, Über den Übergang einiger organischer Säuren in den Harn. Arch. f. Physiol. u. Heilk., 1857.
Pohl, Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak., 1896, Bd. XXXVII.
Pommer, Salzburger med.-chirurg. Zeitung, 1828, Bd. II.
Poulet, De l'action emménagogue de l'acide oxalique. Arch. de toc., 30. Juni; Gaz. hebd. de méd., Nr. 28.
Primavera G., Risposta al Prof. Cardarelli sull' ossaluria. J. M., S. 535. Morgagni. Napoli 1879.
— Storie di alcuni casi clinici di ossaluria. Morgagni. Napoli 1879.
— Un caso bene eccertato di ossaluria de carnivori. Gior. internaz. d. sc. med. Napoli 1889.
— Diagnosi e cura della ossaluria. Il Morgagni, Mai 1876.
Primavera und Cardarelli, L'ossaluria. Il Morgagni, Januar—April.
Prout, Krankheiten des Magens und der Harnorgane. Leipzig 1843. Übersetzung von Krupp.

Rabuteau, Über die Eliminationsweisen und die toxischen Wirkungen der Oxalsäure und der Oxalate. Gaz. méd. de Paris, 1874, Nr. 6 u. 7.
Ralfe, Oxalurie. Lyon méd., 1882, Nr. 17.
Rayer, Traité des maladies des reins. 1839.
Rave und Klostermann, Chemischer Nachweis der Oxalsäure. Harless' Jahrb. d. deutsch. Med u. Chir., Suppl.-Bd. II.

Reale und Boere, Über die Bildung von Oxalsäure im Organismus bei Sauerstoffmangel. Wiener med. Wochenschr., 1893, Nr. 38.
Reichold H., Vergiftung durch Oxalsäure und ihre Salze. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Med., 48, 222—232, 249—272.
Reinke, Vergiftung. Pharmazeut. Zeitung. Berlin 1882.
Renzi und Penta, Sull' ossaluria. Rivista clinica e terapeutica, Jahrg. 6.
Renzone R., L'ossaluria ed il suo valore clinico. Rivista internat. di med. e chir., 1884, I.
Resch, Oxaluria. Lancet, 1875, II.
Richter, Zur Frage des Nierendiabetes. Deutsche med. Wochenschr., 1899, Nr. 52, Jahrg. 25.
Ringer S., Wirkung der löslichen Oxalate. Gifte und Gegengifte. Practitioner, Februar 1885, 34. 2.
Risch E., Zur Lehre von der Oxalurie. Wiener med. Wochenschr.
Roberts, Urinary and Renal diseases. 4. edit.
van Rossem, Over paroxysmale Haemoglobinurie. Dissert., Amsterdam 1877.
Routh A., Vergiftung. The Lancet, 25. Dezember, II.
Rose H., Über die quantitative Bestimmung der Oxalsäure und die Trennung derselben von der Phosphorsäure. Poggendorffs Annalen, Bd. LXXX.
Royston, Erste beschriebene Vergiftung mit Oxalsäure. The London med. Repository, Mai 1814, Vol. I, Nr. 5.
Russo-Giliberti, Sulla sede di formazione dell' ossalato di calcio nel organismo animale. Arch. per le Scienze med., 1885, 9, Nr. 4.
— Vergiftung. Boll. de Soc. d'ig. di Palermo, 1888, III, 1—15.

Salisbury, Amer. Journ. of med. Science, N. S. 1867, CVIII.

Salkowski E., Beiträge zur Chemie des Harns. Pflügers Archiv, 1869, Bd. II.
— Über die Wirkung und das chemische Verhalten des Phenols im tierischen Organismus. Pflügers Archiv, 1872, Bd. V.
— Über ein neues Verfahren zum Nachweis der Oxalsäure im Harn. Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1886, Bd. X und 1902, Bd. XXXVI.
— Über ein neues Verfahren zur Bestimmung der Oxalsäure im Harn. Zentralbl. f. d. med. Wissensch., 1894, Nr. 16.
— Über Entstehung und Ausscheidung der Oxalsäure. Berliner klin. Wochenschr., 1900, Nr. 20.
— Über die Bestimmung der Oxalsäure und das Vorkommen von Oxalsäure im Harn. Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1900, Bd. XIX, Heft 4—5.
Salkowski und Leube, Lehre vom Harn. Berlin 1882.
Sarganeck, Ein Beitrag zur Oxalsäureintoxikation. Inaug.-Dissert., Berlin 1883.
Saundby R., Practical notes on oxaluria. Edinburgh med. Journ., Juli 1875.
Schäfer, Textbook of Physiology. Edinburgh und London 1898.
Schäffer, Zur Kasuistik der Oxalsäurevergiftungen. Münchener med. Wochenschr., 1889, Jahrg. 36, Nr. 23.
Schaitter, Vergiftung. Gaz. Lekarska, Nr. 37.
Schilling, Münchener med. Wochenschr., 1900, Nr. 42.
Schimper, Giftwirkung löslicher Oxalate auf höherstehende Pflanzen. Flora, 1889, 264.
Schmiedel, Vergiftung. Friedreichs Blätter, 1882, 33.
Schmidt, Entwurf einer Untersuchungsmethode der Säfte und Exkrete des tierischen Organismus. 1846.
Schultzen O., Quantitative Bestimmung des oxalsauren Kalkes im Harn. Reichert s und du Bois-Raymonds Archiv, 1868.
— Konstantes Vorkommen der Oxalsäure im Harn; gesteigerte Oxalsäureausscheidung bei Ikterus. Arch. f. Anat. u. Physiol., 1868.
Schulz und Mayer, Beitrag zur Kenntnis der Wirkung der Oxalbasen auf den Tierkörper. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmak., 1883, Bd. XVI.
Schweinitz, Four cases in which retinae hyperaesthesia was associated with oxaluria. The Philadelphia Med. and Surg. Reporter, Juni 1887, CVI.
Sezerbakow, Über die Bildung oxalsaurer Sedimente und Konkremente im Harn. Kassan 1880.
Segalas, Essai sur la gravelle. Paris 1839.
Seligsohn, Zur Kasuistik und Theorie der oxalsauren Konkrementbildungen. Virchows Archiv, 1875, LVII, 3.
Seligsohn M., Zur Bildung der oxalsauren Konkremente. Zentralbl. f. d. med. Wissensch., 1873, Nr. 22.
— Über die Einwirkung von Ozon auf Harnsäure und Oxamid. Zentralbl. f. d. med. Wissensch., 1873, Nr. 27—28.
Sleman, Vergiftung. The Lancet, 24. Januar.
Smoler, Studien über Oxalurie. Prager Vierteljahrsehr., 1861, Bd. LXIX.
— Einige Fälle von schwerem Typhus. Memorabilien, II, 4, 5.
Soetbeer und Ibrahim, Hoppe Seylers Zeitschr. f. physiol. Chemie. Straßburg 1902, Bd. XXXV, Heft 1.
Somma Luigi, L'ossaluria. Napoli 1886.
Sörensen, Oversigt over Videnskabernes Selskabs Forhandlinger, 1900, 3.
Southey, Clin. Soc. Trans., XVI.

Staer, Vergiftung. Philadelphia med. Times. I. Nr. 24, September 1871.
Stevenson Th., Vergiftung mit Sauerkleesalz. Guys Hosp. Rep., 19.
Stewart J. S., Vergiftung. Case of poisoning with oxalic acid. Glasgow med. Journ., November.
Stokvis, Léçons de Pharmacothérapie. Tome II. Haarlem et Paris 1898.
Stradomsky N., Virchows Archiv, 1901, CLXIII, 3.
Straßmann, Vergiftung. Berliner klin. Wochenschr., 1888, Nr. 18.
— Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart 1895.
Strümpell, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie, 6. Aufl., 1890.
Sockling C. W., The Lancet, 31. Juli.

Tardieu-Roussin, Vergiftungen. Übersetzungen von Thiele und Ludwig. Erlangen 1868.
Tauber E., Beiträge zur Kenntnis über das Verhalten des Phenols im tierischen Organismus. Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. II, 1879.
Taylor, Vergiftung. Guys Hop. Rep., Oktober 1838, Nr. 7.
Terray, Über den Einfluß des Sauerstoffgehaltes der Luft auf den Stoffwechsel. Pflügers Archiv, 1895, Bd. LXV.
Thompson H., Case of suicidal poisoning with oxalic acid. Brit. med. Journ., 25. Januar.
— Die ersten Tierversuche mit Oxalsäure. London medical Repository, 1816, III.
Tidy C. M., 2 Vergiftungen. The Lancet, 13. Juli 1872.
Tyson, Boston med. and surgic. Journ., Vol. CXV.

Ultzmann, Die Harnkonkremente.
Ungar E., Deutsches Arch. f. klin. Med.
— Kristalle von oxalsaurem Kalk neben den Leydenschen Kristallen im Sputum eines an Bronchialasthma Leidenden. Deutsches Arch. f. klin. Med.
Uppmann, Allg. med. Zentral-Ztg., 1877.
Ure A., On the production of oxalate of lime in the system. Lancet, 47, II.

Vanderpool W. B., Albuminuria without manifest organic renal lesions. Medical record New York, 11. November 1893.
Van Melekebede, Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique, II, 572—641.
Van Rossem, Over paroxysmale Haemoglobinurie. Diss., Amsterdam 1877.
Vauquelin, Annales di chimie. Paris 1812.
Vesque, Journ. de Pharmac. et de chimie. 4. Sér., Tome 19.
Vietinghoff-Scheele Ed. Freih. v., Ein Beitrag zur experimentellen Erforschung der Wirkung und des physiologisch-chemischen Verhaltens der Oxalsäure und ihres neutralen Natriumsalzes. Archiv international de Pharmacodynamie, Vol. VIII, 1901.
Vigla, Etude microscopique sur l'urine. L'expérience, 1837.
Vitali, Riv. ital. di terap. e d'ig., 1887, 7, 278.
— Beobachtungen über die toxikologische Wirkung der Oxalsäure. Annal. di chim. e di pharmac., 1888, 7, 66.
— Bolletino chim. pharmac., 1893, 641.
Vivere, Bull. de l'Acad. roy. de Belg., Sér. 3, Tome X, Nr. 1.
Vulpian, Compte rendu de la Société de biologie. Paris 1858.

Wallack und Cushnu, Über Darmresorption und die salinischen Abführmittel. Pflügers Archiv, Bd. LXVII, 1899.

Warlich, Über Kalziumoxalat in den Pflanzen. Inaug.-Dissert., Marburg 1892. (Botan. Zentralbl., 53, 4.)

Watsche, Note on the occurence of oxalate crystals in the urine. Monthly Journ. of med. science, Nr. 31. London und Edinburgh 1849.

Wehmer, Über Oxalsäurebildung durch Pilze. Ann. de chim., 269, 2—3.

Wihte J., Beobachtung eines der Oxalsäurevergiftung verdächtigen Falles. Boston med. and surg. Journ., 27. Januar.

Williams F. R., The significance of oxaluria. Maryland Medical Journal, 20. Mai 1899.

Wise I. C., Proceed. of the Nav. med. Soc. Washington L. S., 1882—1884.

Wittlin, Über die Bildung der Kalkoxalat-Taschen. Diss., Bern 1896; abgedr. aus dem Botan. Zentralbl., Bd. LXVII.

Wöhler, Versuche über den Übergang von Materien in den Harn. Zeitschr. f. Physiol. v. Tiedmann u. Treviranus, Bd. I.

Wöhler und Frerichs, Über die Veränderung, welche namentlich organische Stoffe bei ihrem Übergang in den Harn erleiden. Annal. d. Chem. u. Pharm., Bd. LXV, 1848.

Wolf in Bonn.

Wollaston, Erster Nachweis von Oxalsäure im Harn. Philosoph. Transact., 1797.

Wood und Wilson, Vergiftung mit tödlichem Verlauf. Monthly Journ., März 1852.

Worms, Vergiftung mit Übergang in Genesung. Gaz. des hôpit., 1859.

Wyroubow, Kristallform einiger Alkalioxalate. Chem. Zentralbl., 1900, II, Nr. 16.

Zdarek, Wiener klin. Wochenschr., 1899, Nr. 29.

Ziegler A., Die Uroskopie am Krankenbette. Erlangen 1871.

Zöller, Über die Zusammensetzung fossiler Eier und verschiedener in Guano gefundener Konkretionen. Anz. d. Akademie d. W. in Wien, 1874, Nr. 19.

Zopf, Oxalsäuregärung bei einem typischen Saccharomyceten. Ber. d. botan. Gesellsch., 7, 94.

Zuccarelli A., Un successo di guarigione dell'ossaluria merze la piperazina Schering. Anamlo, Nap. 93, V, 92—97.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie. in Wien.